

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA
(HISTORIA DE LA CIENCIA)



TESIS DOCTORAL

**El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del
siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos
demográficos, clínicos y terapéuticos de la población
internada**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Ruth Candela Ramírez

DIRECTORES

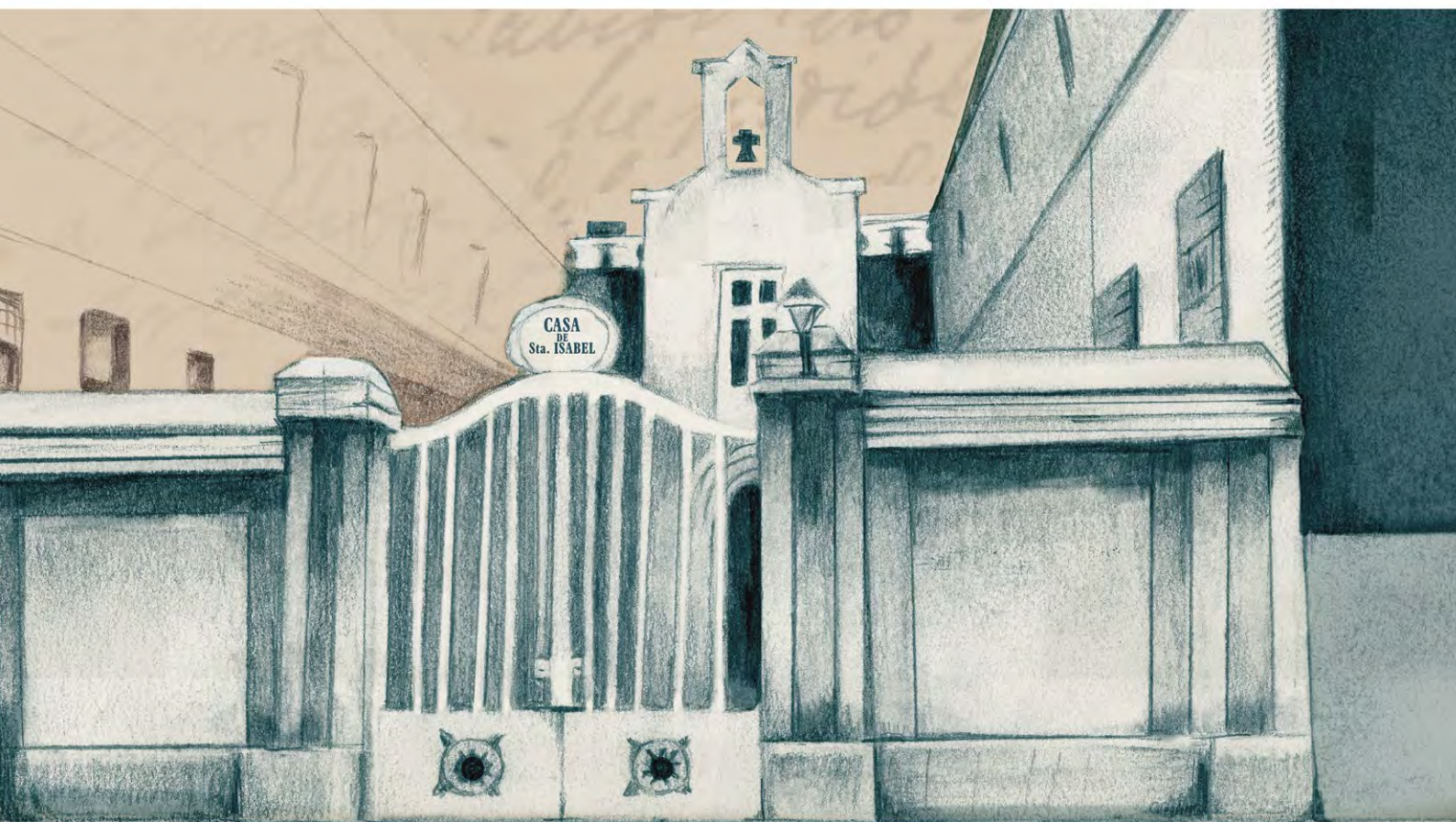
Olga Villasante Armas
Rafael Huertas García-Alejo
Luis Montiel Llorente

Madrid, 2018



EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX (1900-1931):

Organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada



Autora: **Ruth Candela Ramírez**

Directores: Olga Villasante Armas, Rafael Huertas García-Alejo y Luis Montiel Llorente.

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Historia de la Ciencia.

Madrid 2017



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Historia de la Ciencia



**EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO
XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos,
clínicos y terapéuticos de la población internada**

Memoria para optar al Grado de Doctor presentada por

Ruth Candela Ramírez

Bajo la dirección de los doctores

Olga Villasante Armas

Rafael Huertas García-Alejo

Luis Montiel Llorente

Madrid, 2017

D^a Olga Villasante Armas, Facultativo Especialista de Área del Hospital Universitario Severo Ocho de Leganés, D. Rafael Huertas García-Alejo, Profesor de Investigación en el Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia - Centro de Ciencias Humanas y Sociales del C.S.I.C., y D. Luis Montiel Llorente Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid,

Informan: Que la tesis doctoral presentada por Doña Ruth Candela Ramírez bajo el título “El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1.900-1.931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada” ha sido realizada bajo nuestra dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autora, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedora al título de Doctora.

Y, para que así conste, firmamos el presente en Madrid a tres de marzo de dos mil diecisiete.



Dra. Villasante Armas



Dr. Huertas García-Alejo



Dr. Montiel Llorente

A los verdaderos protagonistas de esta historia: los pacientes que fueron internados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés

La tesis que ahora presento no habría sido posible sin la ayuda de muchas personas.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de tesis, Olga Villasante, Rafael Huertas y Luis Montiel. A Olga, por su amistad, aliento constante, vitalidad, apoyo y "maternaje" desde el primer momento. Gracias por tu permanente disponibilidad y por guiarme en el apasionante mundo de la historia de la psiquiatría. A Rafa, por sus ánimos, sabiduría y sugerencias "inmediatas". Y Luis, por sus respuestas cada vez que las he necesitado. No habría podido imaginar una supervisión mejor para este proyecto.

Isabel del Cura por sacar parte de su escaso tiempo para revisar la metodología estadística y proporcionarme valiosas aportaciones.

A mis compañeras del "Grupo Leganés", Paloma Vázquez de la Torre, Ana Conseglieri y Raquel Tierno, por sus datos y bibliografía compartida, sus consejos, congresos de Historia de la Psiquiatría y por su amistad, gestada a lo largo de estos años.

A Jason por su ayuda con la traducción.

Manuel Desviat, Carlos González, Álvaro Rivera y al resto de responsables que me facilitaron el acceso al Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.

Al personal de los archivos y bibliotecas que he visitado y, especialmente, a Juan Medino y Montserrat Domínguez, por su eficacia y disponibilidad permanente para proporcionarme la innumerable bibliografía.

María del Carmen Jiménez-Alfaro y Salas y Antonio Luis Jiménez Barranco, por su ayuda y disponibilidad. A María del Carmen, por su hospitalidad al abrirnos las puertas de la que fue casa de su abuelo. A Antonio Luis, por todos los documentos y su colaboración. A ambos, por la maravillosa visita a "La Retamosa", en Montilla, en la que retrocedimos un siglo y miramos, un poquito de cerca, a José Salas y Vaca.

A Anita, por los años de amistad, el diseño de la portada, consejos y cariño.

A mis padres y hermanos, por creer siempre en mí y, especialmente, a mi madre, por hacer de soporte familiar cada vez que lo hemos necesitado.

A mi abuela "Grandma", de la que me he acordado mucho en este proceso, por sus relatos y su propia "historia".

A mis hijos: Pablo y Lucía, por su interés y curiosidad en el "libro de mamá", Daniel, por su energía y vitalidad, y Clara, por todas esas horas de insomnio que pude invertir en que este proyecto saliera adelante.

Y por último, a Rodrigo, mi compañero de vida, sin el que esto no habría sido posible, por su comprensión, sostén, y renunciaciones. Gracias por tu apoyo constante y tu amorosa dedicación.

"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron las preguntas"

Mario Benedetti

ÍNDICE

RESUMEN	19
---------------	----

SUMMARY	25
---------------	----

INTRODUCCIÓN

ESTADO DE LA CUESTIÓN	36
-----------------------------	----

HIPÓTESIS	39
-----------------	----

OBJETIVOS	40
-----------------	----

General	40
---------------	----

Objetivos parciales	40
---------------------------	----

MATERIAL Y MÉTODOS	41
--------------------------	----

Fuentes	41
---------------	----

Fuentes de archivo	41
--------------------------	----

Fuentes impresas	42
------------------------	----

Bibliografía secundaria	43
-------------------------------	----

METODOLOGÍA	43
-------------------	----

CAPÍTULO I. EL MANICOMIO DE LEGANÉS EN LOS ALBORES DEL SIGLO XX

LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX	51
---	----

Antecedentes: la precaria asistencia psiquiátrica finisecular	51
---	----

La creación de estructuras organizativas psiquiátricas en las primeras décadas del siglo XX	55
---	----

La Casa de Santa Isabel de Leganés a lo largo del siglo XIX	59
---	----

LAS DEFICIENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UN MANICOMIO EN CONTINUO PROCESO DE REFORMA	62
---	----

Las desordenadas obras de acondicionamiento en el siglo XIX	62
---	----

Las reformas del Manicomio en el siglo XX: hacia un establecimiento con mayor capacidad.....	65
LA LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA VIGENTE EN EL PRIMER TERCIO DE SIGLO	68
El Real Decreto de 19 de mayo de 1885	68
La excepcionalidad de los ingresos en observación	71
Los ingresos en reclusión definitiva.....	75
FUNCIONAMIENTO Y RÉGIMEN INTERNO DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX.....	80
De las primeras reglas higiénicas del Manicomio al Reglamento Orgánico de mayo de 1885.....	80
Las categorías de ingreso	83
Los permisos de salida temporal: un privilegio para los pensionistas	87
El inexistente departamento de menores.....	91
La población infantil en el Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX.....	94
EL INGRESO DE PACIENTES JUDICIALES EN LEGANÉS	99
La institucionalización de los dementes procesados en España: una larga espera en prisión.....	99
La construcción del pabellón de penados y los dementes procesados en el Manicomio de Leganés	103
El dictamen facultativo: los diagnósticos de los procesados	108
 CAPÍTULO II. PERSONAL MÉDICO Y SUBALTERNO DE LA INSTITUCIÓN ENTRE 1900 Y 1931	
PERSONAL DEL HOSPITAL.....	115
Los empleados del Manicomio Nacional en el cambio de siglo.....	117
Los trabajadores de la Casa de dementes de Santa Isabel en el siglo XX.....	121
EL PERSONAL SUBALTERNO: PRACTICANTES Y ENFERMEROS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS.....	126
La escasez de practicantes	128
De criados a mozos enfermeros.....	132

EL PODER DEL PERSONAL RELIGIOSO	135
Las hijas de la caridad: entre el cuidado de los enfermos y la gestión económica de la institución	136
El académico Juan Pérez de Guzmán y Sor Teresa Viver	138
La inauguración de la nueva capilla en el Manicomio	142
LOS MÉDICOS Y SUS FUNCIONES	148
Las funciones de los facultativos.....	151
Ignacio del Mazo Almazán: de Jefe Facultativo a médico residente	153
Ramón Ezquerro Baig (-1911): un afamado neurólogo	156
Las acusaciones de arbitrariedad a Ezquerro en la prensa	159
Antonio Yunta Carrascosa: médico auxiliar del Manicomio.....	165
Aurelio Mendiguchía Carriche (1894-1965): médico titular de Leganés y neuropsiquiatra	167
Antonio Martín-Vegué y Jáudenes (1879-): médico y alcalde	170
La incorporación de Enrique Fernández Sanz (1872-1950) al Manicomio de Leganés.....	172
La producción científica de Enrique Fernández Sanz	178
La actividad clínica de Fernández Sanz en el Manicomio de Santa Isabel.....	182
El laboratorio y sus médicos: los Fernández Méndez.....	186
 CAPÍTULO III. JOSÉ SALAS Y VACA (1877-1933): JEFE FACULTATIVO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS	
SALAS Y VACA: ENTRE LA MEDICINA Y LA POLÍTICA.....	196
De Andalucía a Madrid: la llegada de Salas y Vaca a la capital	196
La incorporación de Salas y Vaca al Manicomio Nacional.....	203
De la monarquía alfonsina a la dictadura	209
LA PRODUCCIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA DE SALAS Y VACA	217
De la neurología a la psiquiatría	217
Psicosis epilépticas, histéricas y paranoicos familiares	221
LOS DEGENERADOS DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS.....	224

La teoría de la degeneración en Salas y Vaca: <i>Los Degenerados en Sociedad</i>	224
Las psicosis de los degenerados: entre el delirio y la esquizofrenia	227
Degeneración y escritura en el Manicomio	230
La herencia como base de la degeneración y la ausencia de estigmas físicos en los pacientes de Leganés	234
Degeneración y delincuencia: la locura moral	237
La lucha médica y social de Salas contra la degeneración: la educación sanitaria....	240
SALAS Y VACA COMO REFORMADOR.....	242
<i>Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados</i> (1920): un proyecto inconcluso	243
El gabinete de electroterapia y la inauguración del laboratorio	247
La apertura del Manicomio a la enseñanza	252
LAS VOCES DE LA LOCURA: ESCRITURA Y SUBJETIVIDAD EN EL MANICOMIO DE SANTA ISABEL DE LEGANÉS.....	256
El interés psicopatológico de los escritos de los locos	257
El poder de las familias en la decisión del internamiento.....	259
Locos escritores y la narrativa del internamiento.....	262
Una institución con carencias: el discurrir diario manicomial	265
Un establecimiento más benéfico que asistencial: "los médicos no cumplen su deber"	267
 CAPÍTULO IV. DEMOGRAFÍA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MANICOMIAL EN EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS (1900-1931)	
LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX.....	273
"Hoja de entrada y vicisitudes"	275
"Hoja de observaciones clínicas" y Hoja con datos de filiación.....	285
La variabilidad temporal en las historias clínicas.....	292
LA POBLACIÓN MANICOMIAL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES DE LEGANÉS EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX.....	295

La población manicomial	297
Perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresaron nuevos en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931	302
Las profesiones de los asilados	305
Procedencia geográfica	308
Estancia media	309
MOVIMIENTOS POBLACIONALES EN EL MANICOMIO: LA ADMISIÓN DE ENFERMOS....	311
La admisión de pacientes en las primeras décadas del siglo XX	312
Ingresos anuales globales	312
Ingresos anuales en otras instituciones españolas.....	314
Ingresos en función de las categorías	316
Ingresos y altas en el Manicomio.....	317
Ingresos y altas en otras instituciones psiquiátricas españolas	319
LA DIFÍCIL SALIDA DE LA INSTITUCIÓN: LAS ALTAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX	323
Del internamiento definitivo a la salida voluntaria	324
La situación clínica de los pacientes a la salida de la institución.....	332
LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA	335
La mortalidad en el Manicomio de Leganés	337
Más muertes en el departamento de beneficencia	341
Mortalidad en otros establecimientos psiquiátricos españoles	343
CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MANICOMIO	347
El predominio de la mortalidad de causa infecciosa	347
La tuberculosis en el Manicomio de Leganés.....	354
Otras patologías infecciosas.....	358
 CAPÍTULO V. NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA	
INTRODUCCIÓN	363

DIAGNÓSTICOS DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO: LA ESTADÍSTICA DEL INE DEL AÑO 1915.....	366
LA NOSOLOGÍA PINELIANA Y ESQUIROLIANA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	370
La introducción de la manía en la psiquiatría española	370
Los diagnósticos pinelianos y esquirolianos en Leganés	374
La manía, lipemanía y monomanía en otras instituciones españolas	375
El predominio de la melancolía.....	377
DELIRIOS Y PARANOIA.....	380
La escuela francesa: del primer al segundo “clasicismo”	381
Las diferentes variedades delirantes en Leganés: del delirio de persecución de Laségue a la psicosis alucinatoria crónica de Ballet.....	382
El aumento de paranoicos en el Manicomio de Leganés	384
DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA DEMENCIA PRECOZ A LA APARICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA	387
La introducción de la <i>dementia praecox</i> en España	387
El declive de la demencia precoz.....	389
El inicio de la esquizofrenia en el Manicomio de Leganés	391
LA INTRODUCCIÓN DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA	394
EL DEGENERACIONISMO.....	398
La introducción de la teoría de la degeneración	398
La degeneración en Leganés.....	400
EL ALCOHOLISMO Y LA DIPSOMANÍA EN LEGANÉS.....	403
La morfinomanía en el Manicomio de Leganés	407
LA PATOLOGÍA SIFILÍTICA	409
LOS SÍNDROMES EPILÉPTICOS	413
LAS “ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS”: HISTEROMANÍA, NEURASTENIA Y PSICASTENIA.....	417
LA DEFICIENCIA MENTAL: DE LA AMENCIA A LA OLIGOFRENIA	421
LA DEMENCIA SENIL Y OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VEJEZ.....	423

La confusión mental de Chaslin	425
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN KRAEPELINIANA	426
Evolución temporal de las categorías nosográficas de Kraepelin	430
Comparación de la distribución de los diagnósticos con otros periodos del Manicomio de Leganés	432
 CAPÍTULO VI. LA ESCASEZ DE TRATAMIENTOS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	
INTRODUCCIÓN	439
EL AISLAMIENTO CELULAR, LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN Y LA "PERMANENCIA EN CAMA"	444
LA TERAPÉUTICA POR BALNEACIÓN EN SANTA ISABEL	447
LA TERAPÉUTICA POR EL TRABAJO EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	453
EL TRATAMIENTO ELÉCTRICO	458
MÉTODOS PIRETOTERAPICOS	460
FARMACOTERAPIA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	468
Los bromuros	468
Tratamiento por metales pesados: Mercuriales, arsenicales y yodobismutato de quinina	470
El inicio de los barbitúricos en Leganés	477
Los opioides: entre el "pantopon" y la morfina	480
A MODO DE MISCELÁNEA	486
EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LA POBLACIÓN MANICOMIAL	491
 CONCLUSIONES	503
FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA	507
ANEXOS	563

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Figura 1. Evolución temporal de los ingresos en definitiva en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	76
Figura 2. Diferencias entre el número de ingresos directos en definitiva y los que se realizaron en observación y posteriormente pasaron a definitiva en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	76
Figura 3. Distribución de los pacientes que salieron de permiso temporal en función de la categoría de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	90
Figura 4. Número de ingresos de pacientes menores de 18 años en el Manicomio Nacional de Leganés en función de la edad (1900-1931)	95
Figura 5. Evolución temporal de los ingresos de pacientes menores de edad en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	96
Figura 6. Carta remitida por Gonzalo Rodríguez Lafora a José Salas y Vaca	106
Figura 7. Número de diagnósticos de los pacientes procesados ingresados en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	110
Figura 8. Certificado médico manuscrito	111

CAPÍTULO II

Figura 1. Proyecto de presupuesto para el año económico 1896/1897	121
Figura 2. Relación de empleados de servicio en el Manicomio de Leganés el día 20 de enero de 1927	125
Figura 3. Personal subalterno del Manicomio Nacional de Leganés (1929)	133
Figura 4. Colegio de La Purísima Concepción en Leganés (1911)	143
Figura 5. Plano arquitectónico del altar de la Capilla del Manicomio de Leganés (1908)	144
Figura 6. Imagen del Altar mayor de la nueva Capilla del Manicomio Nacional de Leganés (1909)	145

Figura 7. Imposición de la Cruz de Primera Clase con Distintivo Blanco a Sor Teresa Viver y Candell	147
Figura 8. Número de registros evolutivos recogidos en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1900-1931)	152
Figura 9. Firma de Ignacio del Mazo Almazán.....	155
Figura 10. Portada de la tesis doctoral de Ramón Ezquerro Baig (1886)	157
Figura 11. Noticia de prensa a propósito del paciente con historia clínica XX-202. <i>El Imparcial</i> (29 de abril de 1908)	161
Figura 12. Noticia de prensa a propósito del paciente con historia clínica XX-202. <i>El Liberal</i> (30 de abril de 1908).....	161
Figura 13. Noticia sobre el paciente correspondiente a la historia clínica XX-11. <i>El Heraldo de Madrid</i> (15 de febrero de 1912).....	164
Figura 14. Noticia sobre el paciente correspondiente a la historia clínica XX-11. <i>El Heraldo de Madrid</i> (18 de febrero de 1912).....	164
Figura 15. Firma de Antonio Yunta Carrascosa.....	166
Figura 16. Foto de Aurelio Mendiguchía Carriche.....	168
Figura 17. Firma de Aurelio Mendiguchía Carriche	170
Figura 18. Firma de Antonio Martín-Vegué Jáudenes.....	171
Figura 19. Foto de Enrique Fernández Sanz	177
Figura 20. Ficha personal de Enrique Fernández Méndez (1921)	188

CAPÍTULO III

Figura 1. Foto de José Salas y Vaca	196
Figura 2. Expediente de alumno de la Licenciatura en Medicina y Cirugía de José Salas y Vaca	198
Figura 3. Título del Grado de Doctor y portada de la tesis doctoral de José Salas y Vaca	200
Figura 4. Portada de la tesis de José Salas y Vaca.....	201
Figura 5. Solicitud de inscripción en el Colegio de Médicos de Madrid de José Salas y Vaca.	202

Figura 6. Salas y Vaca en su despacho del Manicomio Nacional.....	205
Figura 7. Esquela de José Salas y Vaca.....	209
Figura 8. Felicitación navideña de Isabel de Borbón y Borbón a José Salas y Vaca.....	215
Figura 9. Retrato personal de Isabel de Borbón y Borbón dedicado al padre de José Salas y Vaca, Agustín Salas (1904).....	216
Figura 10. Borrador de <i>Los Degenerados en Sociedad</i> de José Salas y Vaca. Historia clínica XX-308.....	232
Figura 11. Borrador de <i>Los Degenerados en Sociedad</i> de José Salas y Vaca. Historia clínica XX-443.....	234
Figura 12. Evolución de la realización de analíticas en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931).....	250
Figura 13. César Juarros con sus alumnos del Instituto Criminológico en el Manicomio Nacional de Leganés	253
Figura 14. Carta redactada por César Juarros y dirigida a Ignacio del Mazo.....	254

CAPÍTULO IV

Figura 1. "Hoja de entrada y vicisitudes".....	277
Figura 2. Número de historias clínicas en las que se registraron las variables de estatura, temperamento y constitución en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	278
Figura 3. Evolución del registro de la estatura, temperamento y constitución en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1900-1931)	279
Figura 4. Evolución de la presencia de fotografía adjunta a la historia del paciente en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	283
Figura 5. Frecuencia de otros solicitantes de ingreso de pacientes en el Manicomio de Leganés, excluida la familia (1900-1931).....	284
Figura 6. "Hoja de observaciones clínicas"	286
Figura 7. Hoja con datos de filiación.....	287
Figura 8. Evolución temporal de los documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)(1).....	294

Figura 9. Evolución temporal de los documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)(2).....	295
Figura 10. Evolución de la población manicomial total según el sexo en el Manicomio Nacional de Leganés (1911-1931).....	299
Figura 11. Evolución de la población asilar de varias instituciones manicomiales (1916-1930).....	300
Figura 12. Población manicomial distribuida por categorías administrativas en el Manicomio Nacional de Leganés (1916-1919)	301
Figura 13. Distribución de los ingresos en el Manicomio Nacional de Leganés por intervalos de edad y sexo (1900-1931)	303
Figura 14. Distribución de los ingresos en el Manicomio Nacional de Leganés en función del estado civil y del sexo (1900-1931)	304
Figura 15. Procedencia de los ingresos en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (excluido el domicilio) (1900-1931)	309
Figura 16. Comparación de las estancias medias en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (N=1041) y el Manicomio de Conxo (1885-1919).....	311
Figura 17. Número de ingresos anuales de pacientes en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	313
Figura 18. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés (1915-1930) según la fuente, INE o historias clínicas.....	314
Figura 19. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio Nacional de Leganés, Manicomio de Conxo, Manicomio de Valladolid y el Manicomio de Ciempozuelos (1900-1930)	315
Figura 20. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio Nacional de Leganés, Córdoba, Valencia, Zaragoza y Sanatorio Dr. Esquerdo (1916-1930).....	316
Figura 21. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés según la categoría de ingreso (1900-1931).....	317
Figura 22. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	318
Figura 23. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930).....	319

Figura 24. Comparación del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés y el Manicomio de Valladolid (1900-1930)	320
Figura 25. Comparación del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Conxo y el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1930)	320
Figura 26. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Córdoba y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)	321
Figura 27. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Valencia y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)	322
Figura 28. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Zaragoza y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)	322
Figura 29. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Sanatorio Dr. Esquerdo y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)	323
Figura 30. Altas por fallecimiento en los pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés en distintos periodos históricos del siglo XX.....	326
Figura 31. Causas de alta de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931 (excluido el fallecimiento)	327
Figura 32. Documento expedido para tramitar el alta a petición familiar.....	328
Figura 33. Distribución por sexo de las causas de alta en el Manicomio Nacional de Leganés, excluida la defunción (1900-1931).....	332
Figura 34. Situación clínica de los pacientes, excluida la defunción, en el momento del alta hospitalaria en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	333
Figura 35. Situación al alta de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés en función del sexo (1900-1931)	334
Figura 36. Situación al alta de los pacientes según la categoría de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931).....	335
Figura 37. Comparación del número de defunciones por año en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1900-1930) según las historias clínicas y el INE.....	338
Figura 38. Comparación de las tasas de mortalidad del en el Manicomio de Leganés (1911-1930) según diferentes fuentes	339

Figura 39. Edad de los pacientes que fallecieron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931).....	340
Figura 40. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés según el sexo (1900-1931)	341
Figura 41. Número de defunciones por año ocurridas entre 1900 y 1931 en el Manicomio Nacional de Leganés según la categoría de ingreso	342
Figura 42. Tasas de mortalidad mensual según la categoría de ingreso (1916-1919) ..	343
Figura 43. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada con la observada en el conjunto de Manicomios a nivel nacional (1915-1930)	344
Figura 44. Comparación de las tasas de mortalidad en el Manicomio de Leganés y la población general española (1915-1930).....	345
Figura 45. Comparación de las tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada y en el Sanatorio del Dr. Esquerdo (1915-1930)	346
Figura 46. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada con el Manicomio de Valencia, Valladolid y Zaragoza (1915-1930).....	347
Figura 47. Causas de fallecimiento en función del sexo en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	352
Figura 48. Tasas de mortalidad anual por patologías infecciosas y no infecciosas en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	353
Figura 49. Número de defunciones por tuberculosis en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	356
Figura 50. Tasas de mortalidad de causa tuberculosa en el Manicomio de Leganés y la población general (1911-1930).....	357
Figura 51. Número de defunciones por parálisis general progresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	358
Figura 52. Tasas de mortalidad por parálisis general progresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	359
Figura 53. Número de defunciones por sífilis en la población general española (1900-1930)	359

CAPÍTULO V

Figura 1. Diagnósticos de la población total ingresada en el Manicomio de Leganés a 31 de diciembre de 1915 en función del sexo.....	368
Figura 2. Diagnósticos de la población manicomial en el Manicomio de Leganés y en el Sanatorio Dr. Esquerdo a 31 de diciembre de 1915	370
Figura 3. Evolución de los diagnósticos de manía y lipemanía en los pacientes que ingresaron el Manicomio de Leganés (1900-1931)	375
Figura 4. Evolución de los diagnósticos de melancolía entre los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	379
Figura 5. Evolución de los diagnósticos de paranoia y delirio en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	386
Figura 6. Evolución de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia en el Manicomio de Leganés (1900 y 1931).....	393
Figura 7. Evolución de los diagnósticos de locura circular, locura maniaco depresiva y psicosis maniaco depresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	397
Figura 8. Evolución de los diagnósticos de degeneración en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	400
Figura 9. Evolución de los diagnósticos de alcoholismo en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	405
Figura 10. Evolución de los diagnósticos relacionados con la patología sifilítica en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	412
Figura 11. Evolución de los diagnósticos de epilepsia en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	415
Figura 12. Evolución de los diagnósticos de deficiencia mental en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	422
Figura 13. Evolución de las demencias en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	424
Figura 14. Grupos nosográficos kraepelinianos según la clasificación del INE.....	426
Figura 15. Grupos diagnósticos según la clasificación kraepeliniana en los pacientes nuevos que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	428

Figura 16. Grupos nosológicos kraepelinianos en el Manicomio Nacional de Leganés en función del sexo (1900-1931)	428
Figura 17. Edades medias en las categorías nosográficas de Kraepelin en el Manicomio de Leganés (1900-1931)	429
Figura 18. Estancias hospitalarias por categoría nosográfica de Kraepelin en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931).....	430
Figura 19. Evolución temporal de los grupos nosográficos de Kraepelin II-VII en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	431
Figura 20. Evolución temporal de los grupos nosográficos de Kraepelin VIII-XIII en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	432
Figura 21. Grupos nosográficos de Kraepelin en el Manicomio Nacional de Leganés en distintos periodos históricos (1900-1952)	434
Figura 22. Grupos nosográficos kraepelinianos en el Manicomio de Leganés (1900-1931) comparado con los del Manicomio de Conxo (1885-1939) y la Estadística del INE (1932)	435

CAPÍTULO VI

Figura 1. Misiva enviada por José Sanchís Banús a los facultativos del Manicomio Nacional.....	463
Figura 2. Tratamiento con sulfosina administrado en el Manicomio Nacional de Leganés.. ..	465
Figura 3. Tratamiento de desmorfinización.....	484
Figura 4. Pacientes que recibieron tratamiento según los diferentes periodos de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1952).....	492
Figura 5. Evolución de los tratamientos en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	493
Figura 6. Distribución de la población tratada en el Manicomio Nacional de Leganés en función de la categoría administrativa de ingreso (1900-1931).....	493
Figura 7. Distribución de los pacientes en función de la edad de tratamiento en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	494

Figura 8. Distribución de la población tratada en función del diagnóstico según la clasificación kraepeliniana en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	495
--	-----

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I

Tabla 1. Plantilla del Manicomio Nacional de Leganés a lo largo del siglo XIX.	118
Tabla 2. Relación de empleados en el Manicomio Nacional de Leganés y retribuciones económicas asignadas (1896)	120

CAPÍTULO III

Tabla 1. Relación de destinatarios a los que estaban dirigidos los escritos.....	261
--	-----

CAPÍTULO IV

Tabla 1. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (1).....	273
Tabla 2. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (2).....	274
Tabla 3. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (3).....	275
Tabla 4. Movimientos en la población asilar en el Manicomio Nacional de Leganés (1911-1931)	298
Tabla 5. Profesiones de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés, distribuidos por sexo (1900-1931)	306
Tabla 6. Provincias de procedencia de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931).....	308
Tabla 7. Causas de fallecimiento en el Manicomio de Leganés (1900-1931).....	348

CAPÍTULO V

Tabla 1. Clasificación de enfermedades mentales establecida por Enrique Fernández Sanz (1907).....	364
Tabla 2. Diagnósticos de la población manicomial ingresada en el Manicomio de Leganés a 31 de diciembre de 1915	367
Tabla 3. Diagnósticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés y el Sanatorio Dr. Esquerdo a 31 de diciembre de 1915	369
Tabla 4. Diagnósticos agrupados según la clasificación de Kraepelin en distintos periodos históricos del Manicomio Nacional de Leganés.....	433

CAPÍTULO VI

Tabla 1. Primera clasificación conocida de los fármacos psicótrópos (Lewin, 1928)....	440
Tabla 2. Relación de medidas terapéuticas administradas en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)	443

ABREVIATURAS

IPSSM. Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.

INE. Instituto Nacional de Estadística.

ICOMEM. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

FC-Mº Interior. Fondo contemporáneo. Ministerio del Interior.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	21
OBJETIVO	21
METODOLOGÍA	21
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	22

INTRODUCCIÓN

El proceso de institucionalización de la psiquiatría española a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX ha sido objeto de numerosas publicaciones desde los años sesenta del siglo pasado. Si bien la producción historiográfica en torno a los establecimientos psiquiátricos se ha enriquecido en los últimos años con un número importante de trabajos, todavía son escasos los estudios monográficos que aborden la repercusión de los cambios legislativos y nosográficos en la práctica asistencial de las instituciones psiquiátricas españolas, concretamente en las primeras décadas del siglo XX. Menos abundantes son las investigaciones que analizan las instituciones a través del estudio de las historias clínicas de los pacientes internados en ellas. El Manicomio de Santa Isabel de Leganés es uno de los establecimientos psiquiátricos más explorados en las últimas décadas, especialmente a partir de 2005, cuando se inician una serie de investigaciones históricas de metodología común que, dirigidas por Olga Villasante y Rafael Huertas, se agrupan en el denominado "Programa Leganés", que ha analizado las características de la asistencia y de las prácticas psiquiátricas en la institución en el siglo XIX y diversos periodos del siglo XX. La investigación que se presenta pretende, al menos en parte, completar la historia del establecimiento, contribuyendo al desarrollo de la línea de investigación apuntada.

OBJETIVO

Estudiar las características de la asistencia psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés en el periodo comprendido entre los años 1900 y 1931, prestando especial atención al análisis de las variables socio-demográficas de la población manicomial, a los diagnósticos de los pacientes internados y a los tratamientos aplicados, así como al funcionamiento interno de la institución.

METODOLOGÍA

Se utilizan las fuentes del Archivo de la propia institución (historias clínicas y todo tipo de documentación anexa) y fondos documentales del Archivo Histórico Nacional o el Archivo General de la Administración, entre otros. Así mismo, se ha trabajado con fuentes impresas que permiten conocer la producción teórica de los principales neuropsiquiatras españoles, se ha analizado el diario oficial *Gaceta de Madrid*, para conocer el marco legislativo y, la prensa de la época, para acercarnos al contexto histórico. Por último, se

ha procurado una revisión pormenorizada de la bibliografía secundaria que estudia la historiografía psiquiátrica de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. La metodología utilizada toma elementos de la historiografía tradicional (heurística, crítica y hermenéutica) así como aquellos propios de la epidemiología histórica y de la historia social de la medicina, historia institucional o la historia de las ideas. Además, se recurre también a métodos de investigación cuantitativa -estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos con un tamaño muestral de N=1041 ingresos producidos entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931- que permiten fundamentar las conclusiones.

RESULTADOS

El perfil del paciente que ingresó era el de un varón de 38 años de edad, soltero sin estudios cualificados que ingresó en categoría de pensionista, desde su domicilio, situado en Madrid y, permaneció cerca de 8 años en la institución. Las altas fueron mayoritariamente por defunción y, en segundo lugar, por licencias temporales caducadas. Las causas principales de fallecimiento fueron las enfermedades infecciosas (31,2%), seguidas de las neurológicas no infecciosas (27,7%) y las cardiocirculatorias (10,8%). Si bien a principios del XX los diagnósticos se ajustaron a la nosografía francesa, ya desde principios del XX se observó la introducción de terminología germánica. El auge de la patología delirante descrita por los autores franceses, fue disminuyendo a medida que avanzaba el siglo y, en paralelo, aumentaron los diagnósticos de paranoia. Así mismo, la nosografía degeneracionista, prácticamente inexistente hasta entonces, ocupó un lugar significativo. La demencia precoz y la esquizofrenia paranoide, que apareció por primera vez en 1921, convivieron hasta bien entrado el siglo XX. Sólo se anotaron tratamientos en un 10,4% de los ingresos destacando la hidroterapia (18,9% del total de tratamientos), empleada generalmente para el tratamiento de estados de agitación, la terapéutica por el trabajo (8,3%) y se introdujeron la piretoterapia (8,3%) y los barbitúricos (5%).

CONCLUSIONES

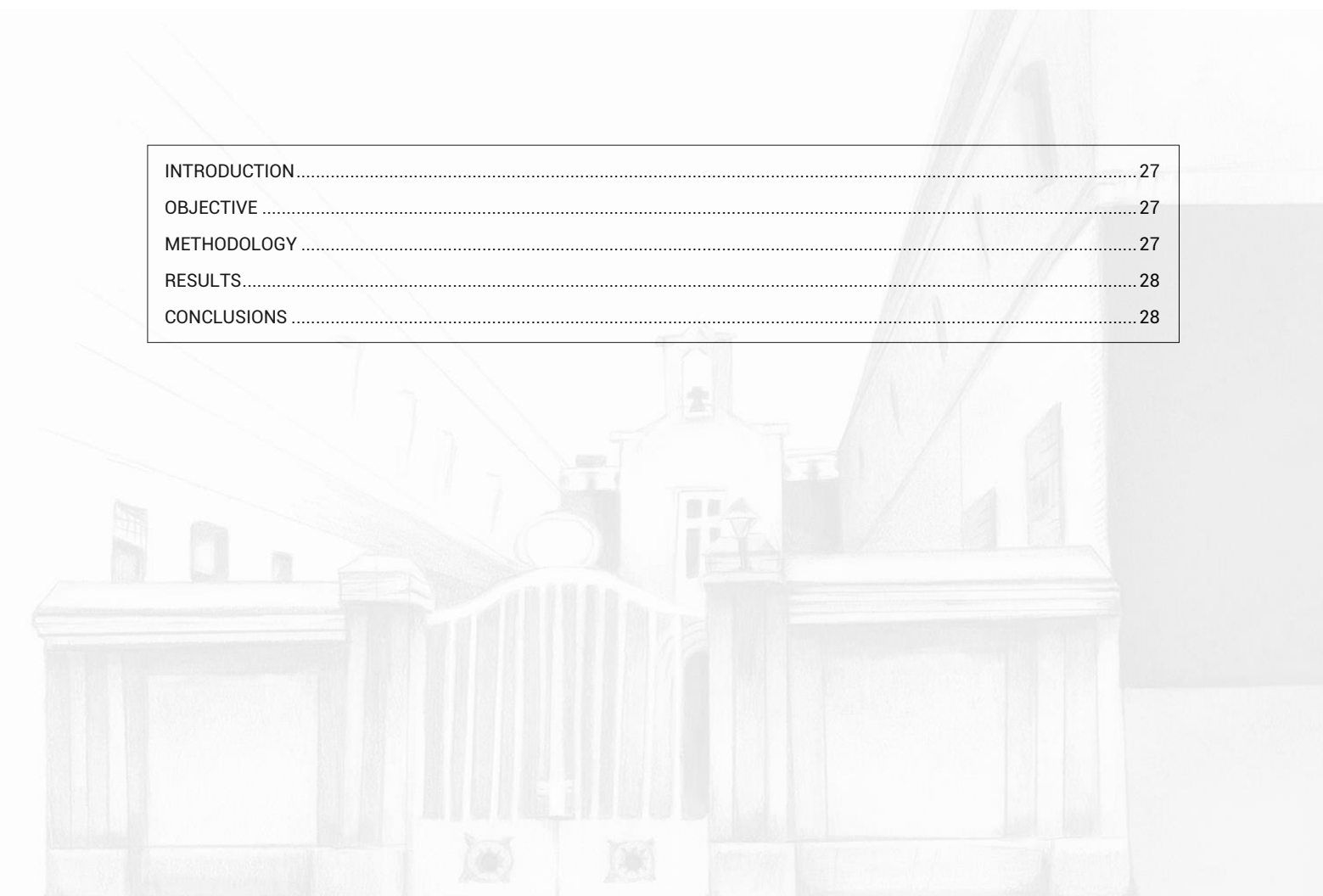
En el Manicomio de Leganés se triplicaron los plazos máximos de observación establecidos en el *Real Decreto de asistencia a los alienados* del 19 de mayo de 1885, vigente hasta 1931. La organización interna estaba sujeta al *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel*, de 1885, que establecía un máximo de 200 plazas, cifra que se superó a partir de 1917, aproximándose a los 300 internados en enero de 1931. El número y especialización de facultativos aumentó en las

primeras décadas del siglo XX, contando con una dotación de médicos y personal subalterno mayor que la de otros establecimientos psiquiátricos españoles. Entre los clínicos destaca José Salas y Vaca, Jefe Facultativo entre 1911 y 1929, ejemplo de la aplicación de la teoría de la degeneración en la práctica médica e impulsor de sustanciales reformas en la institución. Entre éstas, se nombró a Enrique Fernández Sanz médico consultor quien, a partir de 1924, ejerció como Jefe Facultativo en funciones.

Las historias clínicas contienen una amplia variedad de documentos de carácter clínico, administrativo, judicial, etc., entre los que sobresalen los escritos realizados por los propios pacientes, material que ofrece una valiosa información sobre las características de la institución, su funcionamiento, vida cotidiana y la asistencia prestada a su población. Si bien se cumplió el procedimiento de ingreso que establecía la ley, las altas no fueron comunicadas de manera sistemática a la Dirección General o a la Alcaldía, tal y como establecía el Decreto. Gran parte de la población permanecía en la institución hasta su fallecimiento. El progresivo abandono de la terminología francesa que dio paso al predominio de la germana fue un proceso lento y caracterizado por la coexistencia de ambas nosografías durante todo el periodo de estudio. Por último, las anotaciones de cuestiones terapéuticas fueron bastante pobres y escasas, siendo las más frecuentes la hidroterapia y la terapéutica por el trabajo. Además se introdujeron, si bien de forma discreta, los métodos piretoterápicos y los barbitúricos.

SUMMARY

INTRODUCTION	27
OBJECTIVE	27
METHODOLOGY	27
RESULTS.....	28
CONCLUSIONS	28



INTRODUCTION

The Spanish psychiatry institutionalization process throughout the second half of the nineteenth and early twentieth centuries has been the subject of numerous publications since last century's sixties decade. Although the historiographical production around the psychiatric establishments has been enriched in the past with an important number of papers, there are still few monographic studies that address the repercussion of the legislative and nosographic changes in the practice of the psychiatric institutions in Spain, concretely during the first decades of the twentieth century. Less abundant are the investigations that analyze the clinical records of the inpatients admitted to these institutions. The Santa Isabel Leganés Asylum is one of the most analyzed psychiatric establishments in the last decades, especially since 2005, when a series of common methodology historical investigations started, directed by Olga Villasante and Rafael Huertas, grouped by the so-called "Leganés Program". This program analyzes the characteristics of psychiatric care and practices in the institution in the nineteenth century and various periods of the twentieth century. The present research intends, at least in part, to complete the history of the establishment, contributing to the development of the investigation line pointed out.

OBJECTIVE

To study the characteristics of psychiatric care in the Leganés National Madhouse between 1900 and 1931, paying special attention to the analysis of the socio-demographic variables of the asylum population, the inpatients diagnoses and the treatments applied, as well as the internal running of the institution.

METHODOLOGY

We have used the Institution Archive sources (clinical records and all types of annexed documentation) and National Historical Archive or the General Archives of the Administration documentary collections, amongst others. Likewise, we have worked with printed sources that allow us to know the theoretical production of the main Spanish neuropsychiatrists, we have analyzed the official Gazette of Madrid, to know the legislative framework, and the press of the time, to approach the historical context. Finally, we have sought a detailed review of the secondary literature that studies the psychiatric historiography of the late nineteenth and early decades of the twentieth century. The

methodology used takes elements of traditional historiography (heuristics, criticism and hermeneutics) as well as those of historical epidemiology and the social history of medicine, institutional history or the history of ideas. In addition, quantitative research methods - descriptive, retrospective case series study with a sample size of N = 1041 income, produced between January 1, 1900 and April 14, 1931 - are used to support the conclusions.

RESULTS

The profile of the inpatient was a 38-year-old male, single, unqualified who entered the pensioner category from home, located in Madrid and remained about 8 years in the institution. The discharges were mainly due to death and, secondly, to expired temporary licenses. The main causes of death were infectious diseases (31.2%), followed by non-infectious neurological diseases (27.7%) and cardiocirculatory diseases (10.8%). Although at the beginning of the twentieth century the diagnoses adjusted to the French nosology, we observe the introduction of German terminology. The rise of the French author's delusional pathology declined as the century progressed and, in parallel, paranoia diagnoses increased. Furthermore, the degenerationist nosography, practically nonexistent until then, occupied a significant place. *Dementia praecox* and paranoid schizophrenia, which first appeared in 1921, coexisted well into the twentieth century. Treatments were recorded in 10.4% of the inpatients admitted, emphasizing hydrotherapy (18.9% of the total treatments), generally used for the treatment of agitation states, work therapy (8.3%), and fever therapy (8.3%) and barbiturates (5%) were introduced.

CONCLUSIONS

In the Leganés asylum, the maximum periods of observation established in the Royal Decree of assistance to the alienated persons of May 19, 1885, in force until 1931, tripled. The internal organization was regulated with the Organic Regulation for the Regime and Interior Government of the Asylum of Santa Isabel, 1885, which established a maximum of 200 places, a figure that was exceeded after 1917, approaching 300 internees in January 1931. The number and specialization of doctors increased in the first decades of the twentieth century, a staff of doctors and subordinate staff greater than that of other Spanish psychiatric establishments. Among the clinicians, Jose Salas y Vaca, chief physician between 1911 and 1929, is an example of the application of degeneration theory in medical practice and the impeller of substantial reforms in the institution. One of these

reforms was appointing Enrique Fernández Sanz as a medical consultant, who served as the chief of staff from 1924.

The medical records contain a wide variety of documents of clinical, administrative and judicial type, among which are the writings made by the patients themselves. This material offers valuable information about the characteristics of the institution, its functioning, daily life and the assistance provided to its population. Although the entry procedure was complied as was established by the law, the discharges were not systematically communicated to the General Directorate or to the Mayor's Office, as the Decree established. Much of the population remained in the institution until death. The progressive abandonment of the French terminology that gave way to the predominance of the German one was a slow process characterized by the coexistence of both nosographies throughout the study period. Finally, the annotations of therapeutic questions were quite poor and scarce, the most frequent one being hydrotherapy and work therapy. In addition, fever therapy and barbiturates methods were introduced, albeit discreetly.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.....	33
ESTADO DE LA CUESTIÓN	36
HIPÓTESIS	39
OBJETIVOS	40
General.....	40
Objetivos parciales.....	40
MATERIAL Y MÉTODOS	41
Fuentes	41
Fuentes de archivo.....	41
Fuentes impresas.....	42
Bibliografía secundaria	43
METODOLOGÍA.....	43

INTRODUCCIÓN

El proceso de institucionalización de la psiquiatría española como disciplina científica y especialidad médica a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX ha sido objeto de numerosas publicaciones desde los años sesenta del siglo pasado. Aunque con algunos antecedentes dignos de mención, como el artículo que Robert H. Lebow publicó en el prestigioso *Bulletin of the History of Medicine*¹ en 1964, y que, sin embargo, no llegó a ser muy conocido en nuestro medio, la monografía de Julián Espinosa Iborra, *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*² ofrecía una abordaje global de la asistencia psiquiátrica española en el marco de las reformas isabelinas, poniendo de manifiesto cómo, a partir de la Ley de Beneficencia de 1849, se establecieron los principios básicos de lo que fue el modelo asistencial del Estado liberal-burgués en la España de entre-siglos: una precaria asistencia para pobres a cargo de la beneficencia pública y un desarrollo de la iniciativa privada³. En opinión de Rafael Huertas, Espinosa inauguraba, *"la historiografía de la asistencia psiquiátrica en la España contemporánea, en un momento en el que los discursos hagiográficos no estaban aún superados, y la historia social- en cualquiera de sus vertientes-no había llegado a hacerse un hueco en la producción histórica española"*⁴.

En la década de los setenta, fueron apareciendo algunos trabajos que intentaron analizar las características de la asistencia psiquiátrica en contextos geográficos concretos, como el madrileño, destacando los artículos de dos conocidos psiquiatras en ejercicio: Enrique González Duro⁵ y Luis Valenciano⁶. Junto a ellos, y ofreciendo una visión más general sobre la psiquiatría española de finales del XIX y primeras décadas del XX, no podemos dejar de mencionar la, en su momento, muy citada contribución de Diego Gracia, "Medio siglo de psiquiatría española"⁷. Sin embargo, es a finales de la década de los ochenta, cuando se publica el importante libro de Josep María Comelles que revoluciona la historiografía precedente para, combinando elementos procedentes de la historia de la medicina,

¹ Lebow, R. H. (1964). Spain and psychiatry in the latter part of the 19th century. *Bulletin of the History of Medicine*, 38, 444–454.

² Espinosa Iborra, J. (1966). *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.

³ *Ibidem*.

⁴ Huertas, R. (2001a). Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los "mitos fundacionales" a la historia social. *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 123–144, p. 127.

⁵ González Duro, E. (1975). Asistencia psiquiátrica madrileña a fines del siglo XIX. *Medicina e Historia*, 51, 1–16.

⁶ Valenciano Gayá, L. (1974). Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña. *Revista de Psicología General Aplicada*, 29(126), 43–61.

⁷ Gracia Guillen, D. (1971). Medio siglo de la psiquiatría española. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 305–339.

antropología e historia social, ofrecer una visión de conjunto de la historia de la asistencia psiquiátrica en España⁸.

Con posterioridad, los trabajos de Rafael Huertas han completado y matizado esa "visión de conjunto", al relacionar e integrar los aspectos asistenciales con las estrategias profesionales de los psiquiatras y con las políticas sanitarias y de regulación social⁹. Este autor, en *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*, analiza con detalle los factores que influyeron en el asentamiento y desarrollo de la psiquiatría española, destacando su "*orientación eminentemente práctica, buscando la eficacia terapéutica por encima de consideraciones teóricas o doctrinales (...) por carecer de una producción original suficientemente sólida y darle prioridad al desarrollo práctico de la especialidad*". Señala, así mismo, cómo el intento de legitimización de la disciplina se acompañó de un "*empeño por popularizar el conocimiento de la enfermedad mental*" por parte de los frenópatas y psiquiatras y, por último, estima que la psiquiatría española finisecular "*encarna un intento de reconstrucción material e intelectual que, junto al progreso en la práctica, preparaba el terreno para el gran momento de esplendor de los años veinte que culminará en la Segunda República*"¹⁰. Así, se daba paso a un importante movimiento de reforma de la asistencia psiquiátrica en el que los psiquiatras españoles se posicionaron de forma cada vez más crítica en relación a la organización de la asistencia psiquiátrica fundamentada en la institución asilar y la escasa medicalización. Diversos acontecimientos favorecieron el asentamiento de la psiquiatría como disciplina científica, entre los que merece la pena destacar la fundación de la revista *Archivos de Neurobiología* (1920)¹¹, la constitución de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924)¹² o la creación de la Liga de Higiene mental (1927)¹³.

⁸ Comelles, J. M. (1988). *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU.

⁹ Huertas, R. (2002a). La organización de la asistencia psiquiátrica en la España del cambio de siglo. *Trabajo social y salud*, 43, 177–190; Huertas, R. (2002b). Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2(2), 92–106; Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid: Frenia; Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 99–108; Huertas, R. (1995a). La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización. En G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y J. L. Peset Reig (coords.). *Un siglo de psiquiatría en España* (pp.21–40). Madrid: Extra Editorial.

¹⁰ Huertas, R. (2002c), pp. 210–212.

¹¹ Lázaro, J. (1997). La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936. *Archivos de Neurobiología, Suplemento 1*, V–XIX.

¹² Lázaro, J. (1995a). La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 295–308.

¹³ Campos Marín, R. (1995). Higiene Mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900–1931). *Documentos de psiquiatría comunitaria*, 7, 199–217.

Diferentes estudios han abordado numerosos aspectos más específicos de esta especialidad médica en márgenes cronológicos amplios que incluyen nuestro periodo de estudio, entre los que merece la pena señalar el análisis de los aspectos legislativos realizado por Víctor Aparicio y Ana Esther Sánchez¹⁴, la revisión llevada a cabo por Antonio Rey y Enrique Jordá de los artículos sobre terapéutica psiquiátrica publicados entre 1876 y 1975¹⁵, el trabajo sobre las publicaciones científicas de psiquiatría hasta 1931 elaborado por José Manuel Bertolín Guillén¹⁶ o los estudios realizados por José Lázaro sobre los antecedentes y factores que influyeron en la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la revista *Archivos de Neurobiología*¹⁷. En lo que se refiere a los saberes psiquiátricos, conviene señalar que a lo largo del siglo XIX la nosología había estado marcada por la influencia de la psiquiatría francesa, sin embargo, en las primeras décadas del siglo XX se produjo la transición desde esta nosografía pineliana y esquiroliana a la alemana de base kraepeliniana¹⁸, con un modelo médico organicista-biologicista de la enfermedad mental que se mantendrá hasta nuestros días.

No obstante, todavía son escasos los estudios monográficos que aborden la repercusión que estos cambios legislativos y nosográficos tuvieron en la práctica asistencial realizada en instituciones psiquiátricas españolas, concretamente en las primeras décadas del siglo XX. La investigación que ahora se presenta sobre el Manicomio Nacional de Leganés pretende, al menos en parte, cubrir esta laguna historiográfica. Recientemente ya se han realizado dentro del "Programa Leganés" dos tesis doctorales que abarcan el periodo de la guerra civil y la posguerra, como veremos en el próximo apartado. Ambas son parte de un proyecto conjunto desarrollado en los últimos años en el que colaboran diversas investigadoras.

¹⁴Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997). Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 61, 125-145.

¹⁵Jordá Moscardó, E. y Rey González, A. (2001). La introducción de la terapéutica psiquiátrica en la España del siglo XX (1901-1975). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda (eds.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (pp. 125-132). Orense: AEN – Asociación Galega de Saúde Mental.

¹⁶Bertolín Guillén J. M. (1992). Las revistas sobre psiquiatría en España hasta el año 1931. *Archivos de Neurobiología*, 55(1), 23-33.

¹⁷Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20 (75), 397-515 y Lázaro J. (1995b). Los setenta y cinco años de la psiquiatría española. *Archivos de Neurobiología*, 58, 13-30.

¹⁸Plumed Domingo, J., Dualde Beltrán, F. y Rey González, A. (1997). El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928). En *La locura y sus instituciones* (pp.481-496). Valencia: Quiles, Artes Gráficas S. A.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El estudio del funcionamiento de las instituciones psiquiátricas concretas ha tenido un papel muy relevante para el conocimiento de la historia de la psiquiatría tanto en el ámbito nacional como internacional. La producción historiográfica en torno a los establecimientos psiquiátricos se ha enriquecido en los últimos años con un número importante de trabajos que se han ocupado de analizar el funcionamiento de determinadas instituciones tanto españolas como extranjeras. Existen aportaciones que, abordando periodos temporales más amplios, dedican una parte del estudio a las primeras décadas del siglo XX de establecimientos como el Manicomio de Conxo¹⁹, el de Navarra²⁰, Ciempozuelos²¹, Córdoba²², Valencia²³ o Valladolid²⁴.

Menos abundantes son las investigaciones que analizan las instituciones a través del estudio de las historias clínicas de los pacientes internados en ellas. Entre estos podemos destacar el clásico trabajo de Rodríguez Pérez²⁵, realizado con las historias clínicas de pacientes que ingresaron en el Manicomio de Zaragoza, el estudio con los enfermos ingresados en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat de Pedro Antón Fructuoso²⁶, el análisis sobre el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela²⁷, o también aquellos trabajos sobre la población internada en instituciones anglosajonas²⁸ y latinoamericanas²⁹.

¹⁹ Simón Lorda, D., González Fernández, E. y Rodríguez López, A. (2003). Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 661-694) Madrid: Frenia; González, E. (1977). *A psiquiatría galega e Conxo*. Madrid: Ediciones Rueiro, pp. 77-79.

²⁰ Aztarain, J. (2005). *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868- 1954)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

²¹ López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1991). *Historia del hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús de Ciempozuelos, (1881- 1989)*. "Un siglo de psiquiatría y de historia de España". Madrid: Fareso; López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (2000). *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000)*. "Más de un siglo de psiquiatría". Madrid: Fareso.

²² Ruiz García, C. (2011).

²³ Livianos, L., Ciscar, C., García, A., Heimann, C., Luengo, M. A. y Troppé, H. (2006). *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesus*. Valencia: Ajuntament de Valencia.

²⁴ García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849 1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid

²⁵ Rodríguez Pérez, E. (1980). *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*. Zaragoza: CSIC.

²⁶ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi (1853-1945)*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.

²⁷ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998).

²⁸ Beveridge, A. (1995a). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part I. *History of Psychiatry*, 6, 21-54, p. 24; Beveridge, A. (1995b). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part II. *History of Psychiatry*, 6, 133-156.

²⁹ Ríos Molina, A. (2009). La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910- 1920. México, D. F.: El Colegio de México; Golman, A. (2015). *Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora (1908-1971)*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires (Argentina).

El Manicomio de Santa Isabel de Leganés es, probablemente, uno de los establecimientos psiquiátricos más explorados a lo largo de las últimas décadas. Ya en el siglo XIX, encontramos el primer trabajo sobre la institución publicado por Eduardo Viota y Soliva³⁰, el entonces administrador depositario del establecimiento y, posteriormente, en el XX aparecieron breves artículos sobre la historia institucional redactados por médicos que trabajaron en la propia institución como el de Aurelio Mendiguchía³¹ o aquel firmado por Ángel Fernández Sanz y Valentín Conde³².

Posteriormente, la mayor parte de los estudios sobre dicho establecimiento, han ido apareciendo en las tres últimas décadas del siglo XX con los trabajos escritos por Manuel Delgado³³, Eduardo Balbo³⁴ o José Luis Peset.³⁵

Entre las aportaciones sobre el Manicomio de Leganés que han utilizado fuentes de archivo de la propia institución, cabe recordar la tesis doctoral de Jesús Crespillo, leída en 1986, sobre los tratamientos administrados en el establecimiento durante sus primeros cien años de funcionamiento³⁶ y, años más tarde, la de Encarnación Mollejo, quien utilizando también documentación procedente del archivo clínico, realizó una primera aproximación al funcionamiento y práctica clínica desarrollada en el Manicomio desde su fundación y hasta 1936³⁷.

No obstante, es a partir de 2005, cuando se inician una serie de investigaciones históricas con una metodología común que, dirigidas por Olga Villasante y Rafael Huertas, se agrupan en lo que hemos denominado "Programa Leganés", con el objetivo de analizar las características de la asistencia y de las prácticas psiquiátricas en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés a lo largo de los primeros cien años de la institución. En el marco de dicho programa de investigación, destacan de forma sobresaliente los trabajos de Olga Villasante

³⁰ Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial.

³¹ Mendiguchía Carriche, A. (1955). Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Archivos de Neurobiología*, 18(3), 933-944.

³² Fernández Sanz, Á. y Conde, V. (1969). *Breve historia del hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Puedo Artes Gráficas.

³³ Delgado, M. (1986). Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871). *Asclepio*, 38, 273-297.

³⁴ Balbo, E. (1994). El hospital psiquiátrico de Leganés. *El médico*, 541, 677-682; Espinosa, J., Balbo, E. y Peset, J. L. (1994). *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporánea*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés.

³⁵ Peset, J. L. (1995). El Manicomio modelo en España. En G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y J. L. Peset Reig (coords.). *Un siglo de psiquiatría en España* (pp.43-51). Madrid: Extra Editorial.

³⁶ Crespillo Calleja, J. M. (1986). *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés, durante su primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

³⁷ Mollejo Aparicio, E. (2001). *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Armas que han abordado de forma muy completa el funcionamiento interno de la institución en el siglo XIX³⁸, el análisis de la práctica asistencial en la época en que Luis Simarro Lacabra (1851-1921) fue Jefe Facultativo³⁹, o el debate en torno al proyecto del manicomio modelo⁴⁰.

Todavía más numerosas son las publicaciones que han abordado diversos aspectos (clínicos, asistenciales, demográficos, organizativos, etc.) de la institución en el siglo XX⁴¹. Mención destacada merecen, en este sentido, las tesis doctorales centradas en el periodo de la guerra civil y primer franquismo, de Paloma Vázquez de la Torre Escalera: *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales* y Ana Conseglieri Gámez: *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*⁴², respectivamente.

La presente tesis doctoral pretende completar, en la parte que le toca, la historia del antiguo Manicomio de Leganés, contribuyendo al desarrollo de la línea de investigación apuntada y al trabajo colaborativo que, desde hace años, nos propusimos poner en marcha con el "Programa Leganés".

³⁸ Villasante, O. (2002). Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162; Villasante, O. (2005). Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos. *Frenia*, 5(1), 69 – 99; Villasante, O. (2008) Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia*, 8, 33-68.

³⁹ Moro, A. y Villasante, O. (2001). La etapa de Luis Simarro en Leganés. *Frenia*, 7(1), 97-119.

⁴⁰ Villasante, O. (2003). The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23. También puede consultarse Villasante, O. (1999). El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(71), 469-479.

⁴¹ Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel, y R. Huertas García-Alejo (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 329-345). Madrid: CSIC; Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia; Tierno, R. (2008). Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 97-129; Vázquez de la Torre, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia*, 8, p. 69-96; Villasante, O., Vázquez de la Torre, P. y Tierno, R. (2008). La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords.). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp. 197-233). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha; Conseglieri, A., Villasante, O. y Del Cura, I. (2007). El manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 555-568). Madrid: CSIC; Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007a). La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 269-285). Madrid, Frenia; Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007b). Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99 (1), 119-141; Conseglieri, A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160; Vázquez de la Torre, P. y Villasante, O. (2016). Psychiatric care at a National Mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés. *History of Psychiatry*, 27(1), 1-14.

⁴² Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid; Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

En este sentido, hemos realizado ya algunas aproximaciones al objeto central de esta tesis doctoral, al analizar las historias clínicas durante el ejercicio de Enrique Fernández Sanz (1872-1950) como facultativo de Santa Isabel en el trabajo "Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía kraepeliniana"⁴³. Así mismo, hemos estudiado la figura del neuropsiquiatra José Salas y Vaca (1877-1933) en "El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como Jefe Facultativo"⁴⁴ y "Degeneracionismo y "escritura" en el manicomio de Leganés"⁴⁵, aportaciones que analizan la obra y la actividad de este clínico al frente del Manicomio Nacional. Estos estudios toman como fuente fundamental de análisis las historias clínicas de los pacientes que se institucionalizaron en el Manicomio Nacional en distintos periodos, incluidos en el marco temporal de esta tesis, las tres primeras décadas del siglo XX.

HIPÓTESIS

El funcionamiento institucional del Manicomio Nacional de Leganés durante las tres primeras décadas del siglo XX no fue ajeno a la situación socio-económica y política del país; sin embargo, las numerosas ampliaciones y reformas que se hicieron para modificar su carácter benéfico asilar y custodialista como la implantación del laboratorio, la ampliación de la plantilla, la incorporación de los cambios nosográficos imperantes y la introducción de nuevos fármacos y otras medidas terapéuticas aspiraron a convertirlo en una institución más cercana a los estándares de la disciplina psiquiátrica de dicho periodo.

⁴³ Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN.

⁴⁴ Villasante, O. y Candela, R. (2014a). El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En S. Brigidi y J. M. Comelles (eds.). *Locuras, cultura e historia* (pp.67-85). Tarragona: Publicacions URV.

⁴⁵ Candela, R. y Villasante, O. (2013). Degeneracionismo y "escritura" en el manicomio de Leganés. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 301-310). Madrid: AEN.

OBJETIVOS

General

Estudiar las características de la asistencia psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés en el periodo comprendido entre los años 1900 y 1931, prestando especial atención al análisis de las variables socio-demográficas de la población manicomial, a los diagnósticos de los pacientes internados y a los tratamientos aplicados por los facultativos, así como al funcionamiento interno de la institución.

Objetivos parciales

1. Analizar el funcionamiento interno y organización del manicomio, las leyes y reglamentos internos a los que estaba sujeto, así como su aplicación real durante el periodo estudiado.
2. Estudiar las ampliaciones, obras y reformas realizadas en la institución a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX así como su repercusión sobre la asistencia clínica desarrollada en el establecimiento.
3. Analizar la plantilla hospitalaria, conocer al personal religioso, de cuidado y facultativo (especialmente las figuras de José Salas y Vaca y Enrique Fernández Sanz) y valorar la influencia de los cambios nosográficos en el desempeño de sus actividades, comparando su obra escrita con la práctica clínica habitual en el Manicomio.
4. Describir la población ingresada examinando las características sociodemográficas, tipos de ingreso, procedencia, etc., así como los movimientos y la mortalidad de la población manicomial.
5. Describir los diagnósticos psiquiátricos que se utilizaron en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés durante las primeras décadas del siglo XX, y su correlación con las novedades nosográficas introducidas en Europa.
6. Estudiar los tratamientos empleados y la frecuencia de los mismos.
7. Comparar los resultados con los datos disponibles de otras instituciones psiquiátricas españolas, así como con periodos previos y posteriores del propio Manicomio Nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuentes

Fuentes de archivo

Los fondos del Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, tanto de las historias clínicas como de la documentación anexa (certificados, correspondencia, informes...etc.) han constituido las fuentes esenciales de nuestra investigación. El estado de conservación de éstos es bueno, si bien es importante señalar que no han sido sometidos a un riguroso proceso de catalogación⁴⁶. Las historias clínicas se conservan numeradas consecutivamente, según la fecha del ingreso desde principios del siglo XX⁴⁷.

Se ha trabajado también con fondos de otros archivos que se detallan:

- Archivo Histórico Nacional (expedientes académicos de personal de la institución, documentación de la Dirección General de la Administración, documentación administrativa del Manicomio Nacional de Leganés como nombramientos de personal o proyectos de presupuesto, entre otros).
- Archivo General de la Administración (expedientes administrativos de ingreso en el Manicomio de Leganés, documentación administrativa de la institución y de la Dirección General de la Administración).
- Archivo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (expedientes colegiales de los médicos que trabajaron en la institución).
- Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid (expedientes académicos de los médicos que ejercieron en Santa Isabel).
- Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (expedientes de profesores- Enrique Fernández Sanz, José Salas y Vaca y Ángel Fernández Méndez-).

⁴⁶ Este es el motivo por el que en la presente tesis doctoral determinados documentos administrativos conservados en el Archivo del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain (en adelante se citará como IPSSM José Germain), pero que no se encuentran en el interior de las historias clínicas, no se citan por legajos o firmas determinadas.

⁴⁷ En el Archivo Histórico del IPSSM José Germain se hallan la mayor parte de las historias clínicas, las cuales citaremos, a partir de ahora, con el siglo, seguido del número correlativo al orden temporal en que fueron ingresados.

- Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz (expediente académico personal de la licenciatura de medicina de José Salas y Vaca).
- Archivo Municipal del Ayuntamiento de Leganés (documentación relativa al personal de la institución y diversa documentación sobre obras realizadas en la misma).
- Registro Civil de Montilla, Córdoba (partida de nacimiento de José Salas y Vaca).
- Archivo General Militar, Segovia (expedientes personales de Ángel Morales Fernández y "Dr. Muñoz").
- Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico (dinámicas poblacionales y tasas de mortalidad anual del Manicomio Nacional de Leganés y otras instituciones psiquiátricas).
- Fondo personal familiar de José Salas y Vaca.
- Biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina: Expediente personal de Enrique Fernández Sanz.
- Biblioteca de la Real Academia de la Historia. Expediente personal de Juan Pérez de Guzmán y Gallo, Académico de la Historia.

Fuentes impresas

Con el fin de conocer el nivel de producción teórica de la psiquiatría española, así como sus propuestas tanto en el ámbito clínico-terapéutico como organizativo-asistencial durante las primeras décadas del siglo XX, se han consultado diversas publicaciones médicas del periodo como *Archivos de Neurobiología*, *Siglo Médico*, *La medicina Ibera*, *Gaceta Médica*, *Archivo de Medicina*, *Cirugía y Especialidades*, *Revista Frenopática Española*, *Revista Frenopática Barcelonesa*, *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, *Revista de Especialidades Médicas*, *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, *Correspondencia Médica*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, e *Ideal Médico*. Asimismo, se han examinado las actas del Certamen Frenopático Español (Barcelona, 1883). También se ha consultado el XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1903 y la primera reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, realizada en Barcelona en 1926. Este trabajo heurístico sobre fuentes impresas estrictamente psiquiátricas se ha completado con la consulta de los textos (monografías, manuales y/o tratados) de los autores más relevantes de la época.

La consulta del diario oficial *Gaceta de Madrid* ha sido de gran valor para conocer el marco legislativo y, prensa como el *ABC de Madrid*, *La Vanguardia*, el *Heraldo de Madrid*, *El imparcial* o *España Médica* nos ha permitido acercarnos al conocimiento del contexto histórico,

aspectos biográficos del personal de la institución y a cuestiones institucionales que no se hallaban en la literatura científica oficial de la época.

Bibliografía secundaria

Como hemos comentado, en las últimas décadas, la historiografía psiquiátrica de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX ha sido objeto de un mayor interés. Se ha pretendido una revisión pormenorizada de estas investigaciones que incluyen publicaciones, manuales y monografías científicas sobre asistencia psiquiátrica, nosografía y terapéutica, indispensable para este trabajo

Las bibliotecas a las que se ha tenido acceso de forma directa o a través del servicio de préstamo interbibliotecario han sido: Biblioteca Nacional, Real Academia de Medicina, Hemeroteca de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, Ateneo de Madrid y la Biblioteca Tomás Navarro del Centro de Humanidades y Ciencias Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

METODOLOGÍA

Además de los métodos clásicos de la historiografía tradicional (heurística, crítica y hermenéutica), los objetivos propuestos y las fuentes utilizadas han exigido abordajes metodológicos diversos, desde los propios de la epidemiología histórica y de la historia social de la medicina, a los que se corresponden con la historia institucional o la historia de las ideas.

En la presente investigación se asume el marco teórico y metodológico propuesto por Rafael Huertas en su trabajo "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. Posibles acercamientos metodológicos"⁴⁸ y, más recientemente, en *Historia cultural de la psiquiatría*⁴⁹. Este autor valora este tipo de fuentes no solo por su valor clínico⁵⁰, sino porque

⁴⁸ Huertas, R. (2001c). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. *Frenia*, 1 (2), 7-37.

⁴⁹ Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, pp.151-175.

⁵⁰ Desde esta perspectiva, eminentemente clínica, merece la pena citar los trabajos de Beveridge, A. (1995a) y Beveridge, A. (1995b). En España, Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998).

“permite intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes”⁵¹.

Acometeremos el estudio de las características de la práctica psiquiátrica en esta institución desde dos perspectivas. Por una parte, pondremos de manifiesto las diferencias entre lo que los facultativos que ejercieron en Santa Isabel decían en sus publicaciones y lo que realmente se realizaba en la práctica clínica diaria dentro del establecimiento así como el grado de cumplimiento administrativo de la normativa establecida y de la legislación vigente. Por otra parte, pretendemos realizar una historia de la psiquiatría y en concreto del Manicomio de Leganés “desde abajo”, intentando analizarla desde la perspectiva del paciente, tal y como estableció en la década de los noventa Roy Porter⁵² y, más recientemente Rafael Huertas⁵³.

La investigación que se presenta a continuación se sitúa en una línea de trabajo cuyos presupuestos metodológicos pretenden superar, por tanto, la mera historia institucional, para cubrir otros aspectos (científicos, epidemiológicos, asistenciales, sociales y culturales) que caracterizaron la práctica psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés.

Además de todos los elementos precedentes, que toman su base epistemológica de la metodología de investigación cualitativa, con el fin de manejar adecuadamente la información obtenida de la documentación clínica y así poder fundamentar nuestras conclusiones, hemos recurrido también a métodos de investigación cuantitativa, cuyas características se indican a continuación:

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos.

Ámbito: Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés.

Sujetos: Todos los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés desde el 1 de enero de 1900 hasta el 14 de abril de 1931, fecha de proclamación de la Segunda República española.

⁵¹ Huertas, R. (2001), p. 8.

⁵² Porter, R. (1985). The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, 14(2), 175 – 198.

⁵³ Huertas, R. (2013). Another history for another psychiatry. The patient's view. *Culture & History Digital Journal*, 2(1), 1–11.

Tamaño muestral: Se han incluido todos los pacientes ingresados durante el período de estudio que ascienden a un total de 1003. En el caso de los reingresados, éstos han sido considerados como un caso nuevo cuando habían transcurrido al menos doce meses fuera del manicomio (38 casos), lo que constituye un tamaño muestral de N= 1041.

Variables:

Las variables se han agrupado en seis categorías:

1. Sociodemográficas: edad (años), sexo, estado civil, ocupación, provincia de procedencia, y lugar de procedencia (domicilio, hospital general, otras instituciones psiquiátricas, cárcel, cuartel, orden religiosa, no consta)
2. Características del ingreso: fecha de ingreso y fecha de alta, tipo de ingreso (indicación médica, orden militar, orden gubernativa o judicial, petición familiar, no consta), categoría de ingreso (beneficencia, pensionista de primera clase, pensionista de segunda, pensionista no especificado, no consta), duración de la hospitalización, tipo de alta (defunción, evasión, no regresa de licencia, petición familiar, traslados, prescripción facultativa, judicial) y situación al alta (curado-remisión, mejoría, defunción, no curado, no enfermedad mental y no consta).
3. Clínicas: se recoge el diagnóstico al ingreso según descripción literal de la historia clínica y, si hubiese un segundo diagnóstico; además, se tiene en cuenta si éste se modifica a lo largo de la estancia hospitalaria. Así mismo, los diagnósticos se han agrupado según la clasificación kraepeliniana, imperante en el siglo XX. Si se produce la defunción, se registran las causas de muerte (neurológicas, respiratorias, gastrointestinales, cardiológicas, nefro-urológicas, digestivas, infecciosas generales- tuberculosis sífilis, tifus...etc.-, desnutrición, vejez, cáncer, suicidio, agotamiento físico o si ésta no consta).
4. Terapéuticas: tipo de tratamiento y fecha en la que se administró.
5. Administrativas: Se ha registrado la presencia o ausencia de cualquier tipo de documentación de carácter administrativo, médico o jurídico-legal que se encontraba conservada en las historias clínicas (hoja de entrada y de vicisitudes, hoja de observaciones clínicas y hoja con datos de filiación, oficio de la Dirección General de la Administración a la Junta de Patronos concediendo plaza, documento emitido por la Junta de Patronos y dirigido a la Dirección General de la Administración comunicando el ingreso del paciente, comunicación del ingreso a la Alcaldía de Leganés, certificados médicos, certificados de defunción, concesión de licencias de dos meses, concesión de prórroga de licencia de un

mes, concesión del alta manicomial, oficios de devolución de cuotas ya pagadas, documentos de cambio de categoría, oficio de reclusión definitiva, partes semestrales sobre el estado de los pacientes al juzgado, correspondencia con el juzgado, correspondencia con diversos estamentos militares, correspondencia con la prisión/Dirección General de Prisiones, historiales clínicos de otras instituciones).

6. Variables de carácter personal: escritos redactados por los pacientes, textos realizados por los familiares/allegados de los pacientes y recortes de periódicos/páginas de libros.

Fuentes de información y recogida de datos: Se han revisado las historias clínicas y toda la documentación anexa a las mismas.

Estrategia de análisis:

Análisis univariado: Para las variables cuantitativas se describe la media con la desviación estándar y, las variables cualitativas en porcentajes (salvo para determinadas muestras en las que se considera relevante para la investigación dar los datos absolutos).

Análisis bivariado: Para la comparación de medias se emplea la prueba T de student cuando la variable cuantitativa cumple los criterios de normalidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuando la distribución no es normal se emplea la prueba U de Mann Whitney. El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS versión 21.

Limitaciones del estudio:

La limitación más importante del presente estudio son los posibles sesgos de información por tratarse de un estudio retrospectivo, en el que se recoge información de las historias clínicas. Estos historiales, además, han sido realizados por diversos profesionales (Ignacio del Mazo, Ramón Ezquerro, Antonio Yunta, José Salas y Vaca, Enrique Fernández Sanz, Aurelio Mendiguchía y Antonio Martín-Vegué), siendo la calidad de los registros poco homogénea para todas las variables. Para disminuir estos sesgos en la medida de lo posible se ha sistematizado la recogida de datos objetivos contenidos en la "Hoja de entrada y vicisitudes", un documento, registrado en la práctica totalidad de las historias clínicas, en el que se reflejaban datos de carácter socio-demográfico, clínico-terapéutico y sobre cuestiones administrativas relacionadas con el ingreso. Por otra parte, dada la amplia variabilidad nosográfica y las importantes diferencias terminológicas halladas en las historias clínicas, además de realizar un análisis desde una perspectiva cualitativa y, para limitar los sesgos derivados de la agrupación de los diagnósticos psiquiátricos, se han

agrupado según la clasificación kraepeliniana, aunque no fue hasta 1931, en el marco de la reforma psiquiátrica de la Segunda República, cuando se estableció oficialmente la obligatoriedad de utilizar esta clasificación nosológica⁵⁴.

⁵⁴ Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. (7 de julio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 188, pp. 186-189.

CAPÍTULO I

EL MANICOMIO DE LEGANÉS EN LOS ALBORES DEL SIGLO XX

LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX	51
Antecedentes: la precaria asistencia psiquiátrica finisecular.....	51
La creación de estructuras organizativas psiquiátricas en las primeras décadas del siglo XX	55
La Casa de Santa Isabel de Leganés a lo largo del siglo XIX	59
LAS DEFICIENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UN MANICOMIO EN CONTINUO PROCESO DE REFORMA.....	62
Las desordenadas obras de acondicionamiento en el siglo XIX	62
Las reformas del Manicomio en el siglo XX: hacia un establecimiento con mayor capacidad.....	65
LA LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA VIGENTE EN EL PRIMER TERCIO DE SIGLO	68
El Real Decreto de 19 de mayo de 1885	68
La excepcionalidad de los ingresos en observación	71
Los ingresos en reclusión definitiva.....	75
FUNCIONAMIENTO Y RÉGIMEN INTERNO DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX.....	80
De las primeras reglas higiénicas del Manicomio al Reglamento Orgánico de mayo de 1885.....	80
Las categorías de ingreso.....	83
Los permisos de salida temporal: un privilegio para los pensionistas.....	87
El inexistente departamento de menores.....	91
La población infantil en el Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX	94
EL INGRESO DE PACIENTES JUDICIALES EN LEGANÉS	99
La institucionalización de los dementes procesados en España: una larga espera en prisión	99
La construcción del pabellón de penados y los dementes procesados en el Manicomio de Leganés.....	103
El dictamen facultativo: los diagnósticos de los procesados	108

LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

Antecedentes: la precaria asistencia psiquiátrica finisecular

Si bien el objetivo principal de este apartado es conocer las características de la asistencia psiquiátrica en España en nuestro periodo de estudio, nos parece importante realizar una aproximación a los cambios legislativos y asistenciales que influyeron en el desarrollo de la disciplina psiquiátrica a lo largo del siglo XIX.

La ley de beneficencia de 1849 introdujo en España la regulación de la asistencia a los alienados a cargo del Estado⁵⁵. Previamente, durante el trienio liberal (1820-1823) se llegó a aprobar un decreto que pretendía establecer un modelo de beneficencia pública y que, aunque dejaba para desarrollos posteriores la regularización de las admisiones y de las estancias de los alienados⁵⁶, contemplaba aspectos relacionados con la asistencia a los locos como la creación de una red de establecimientos públicos en todo el país (artículos 119 y 120), la supresión de los malos tratos (art. 122) o la ocupación de los dementes en trabajos manuales (art. 123), si bien, con la vuelta de los absolutistas, tal decreto no llegó a entrar en vigor⁵⁷. Al contrario que en Francia, con su ley de alienados de 1838 o, en Inglaterra, cuya primera ley especial apareció en 1828⁵⁸, en España no se llegó a contar en todo el periodo decimonónico con una legislación específica para la atención de los alienados situándose ésta en el amplio marco de la asistencia pública. Incluso, en la citada ley de 1849, ni siquiera se mencionaban los establecimientos específicos para los pacientes mentales, por lo que habría que esperar hasta la publicación del reglamento para su ejecución, en mayo de 1852, para que se aludiera a los *“establecimientos de locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrepitos”* como instituciones de beneficencia de carácter general⁵⁹. De esta forma, se iniciaba en España el paso de la caridad privada a la

⁵⁵ Durante el reinado de Isabel II (1843-1869) sucedieron una serie de cambios que, si bien no fueron comparables a los ocurridos en los países colindantes, supusieron en España el comienzo de una transformación en la asistencia psiquiátrica. Así, Pedro M^a Rubio recopiló la primera estadística oficial de locos, se realizó un proyecto de Manicomio Modelo y, el 20 de junio de 1849, se promulgó la segunda Ley de Beneficencia bajo la que se legislaría la atención psiquiátrica durante la segunda mitad del siglo XIX. Véase: Rubio, P. M. (1846). Exposición sobre el establecimiento de un hospital modelo de dementes. *Gaceta Médica*, 2, 506-508 y Real Orden acordando se den las gracias a D. Pedro María Rubio por la estadística que ha formado de los dementes del reino, y que se publique la misma en la Gaceta. (7 octubre de 1848). *Gaceta de Madrid*, 5138, pp. 1-3.

⁵⁶ Comelles, J. M. (1988), p. 45. Sobre la asistencia psiquiátrica y la beneficencia en España en el trienio liberal véase: Cardona, A. (2001). La beneficencia y la asistencia a los locos en el trienio liberal. *Frenia*, 1 (2), 87-101.

⁵⁷ Huertas, R. (2002c). p. 171; Espinosa Iborra, J. (1966), pp. 37-58.

⁵⁸ Espinosa Iborra, J. (1966), p. 44.

⁵⁹ Ley sancionada sobre establecimientos de beneficencia. (24 de junio de 1849). *Gaceta de Madrid*, 5398, pp. 1-2; Real decreto mandando se observe el reglamento de la ley de beneficencia de 20 de Junio de 1849. (16 de mayo de 1852). *Gaceta de Madrid*, 6537, pp. 2-4.

beneficencia pública, caracterizada, en palabras de Rafael Huertas, por *“una precaria asistencia para pobres a cargo de la Beneficencia pública y, al amparo de esta inhibición estatal, un cierto florecimiento de la iniciativa privada”*⁶⁰.

La ley de 1849, estableció las dos líneas básicas en torno a las que se desarrollaría la atención a los enfermos mentales en España: una red pública de manicomios dependientes del Estado, que al reconocer su incapacidad, se traspasaría a las Diputaciones locales y algunos establecimientos privados dedicados al tratamiento de los desarreglos trastornos mentales⁶¹. A pesar de que planificaba seis establecimientos para locos en todo el Reino, que podrían situarse en las provincias de Zaragoza, Valladolid, Coruña, Valencia, Barcelona y Madrid⁶², tan solo vio la luz uno de ellos, el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, inaugurado en diciembre de 1851.

Ambas redes asistenciales -la pública y la privada- siguieron caminos muy diferentes a lo largo del siglo XIX. .Mientras que las instituciones de pago, como el manicomio de Nueva Belén, dirigido por Juan Giné y Partagás (1836-1903), el de Sant Boi de Llobregat de Antonio Pujadas (1811-1881), el Instituto Frenopático de Barcelona o el Sanatorio del doctor Esquerdo en Madrid, constituirían la base para el nacimiento y desarrollo de la psiquiatría en España, los establecimientos públicos no llegaron a ser instituciones verdaderamente medicalizadas estando, en muchas ocasiones, gestionados por la iglesia y quedando los profesionales médicos relegados a una mera función asesora⁶³. Claros ejemplos de esta gestión serían el Manicomio de Leganés o el de Valencia, lo que constituye un importante rasgo diferenciador con respecto a las instituciones francesas o inglesas, donde el médico llegó a ostentar mucho más poder en el interior del asilo⁶⁴. El afán por medicalizar los manicomios y, por tanto, la asistencia al enfermo mental, ya había quedado patente a mediados de siglo en el *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz* (1860), de Emilio Pi i Molist (1824-1892), considerado como uno de los

⁶⁰ Huertas, R. (2002c), pp. 172-173.

⁶¹ Huertas, R. (1995a), p. 23.

⁶² Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997). Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 61, 125-145, p. 129; Ley sancionada sobre establecimientos de beneficencia. (24 de junio de 1849). *Gaceta de Madrid*, 5398, pp. 1-2; Real decreto mandando se observe el reglamento de la ley de beneficencia de 20 de Junio de 1849. (16 de mayo de 1852). *Gaceta de Madrid*, 6537. pp. 2-4.

⁶³ Huertas, R. (2002c), pp.173-174.

⁶⁴ Huertas, R. (2002a), p. 178; Villasante, O. (1999). El manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en tomo a un proyecto frustrado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(71), 469-479, p. 475; Lázaro, J. (1995a). Los setenta y cinco años de la psiquiatría española. *Archivos de Neurobiología*, 58(1), 13-30, p. 14; Livianos Aldama, L. y Rey González, A. M. (1985). Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX. Juan Bautista Perales y Just. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15), 505-517, p. 507.

trabajos sobre asistencia a los alienados más importante escrita en nuestro país⁶⁵. Se trataba de una memoria para la construcción de un manicomio de nueva planta donde el médico catalán expuso no solo las características arquitectónicas de lo que debería ser el edificio, sino su adecuación a los principios fundamentales del tratamiento moral⁶⁶. Las críticas al exceso de poder de la iglesia en la gestión de las instituciones para alienados en España llegaron incluso desde el extranjero. En 1878, el médico inglés Donald Fraser, tras una visita a varios establecimientos españoles, denunciaba, entre otras cuestiones, esta supremacía y abogaba por la abolición de la misma⁶⁷ y, pocos años después, en 1895, José María Escuder en su obra *Locos y anómalos* seguiría denunciando que la mayoría de los asilos estaban bajo la dirección del clérigo⁶⁸.

El grave deterioro de la calidad asistencial decimonónica española⁶⁹, contrastaba con el creciente desarrollo científico de algunos de sus profesionales, motivó numerosas denuncias y reclamaciones de los alienistas ya desde mediados del siglo XIX⁷⁰. Giné y Partagás⁷¹, director del manicomio de Nueva Belén desde 1864, en una comunicación presentada en el primer Certamen Frenopático Español, celebrado en Barcelona del 23 al 28 de septiembre de 1883⁷², solicitaba que *“los locos sean pronto y debidamente atendidos en asilos adecuados”* y alertaba de la necesidad de que la administración pública protegiera a las personas sanas *“de ser recluidas como locos y ser privadas (...) de sus derechos y libertades (...)”*⁷³. En este mismo Certamen, el médico neoyorquino E. Constancio Seguí (1843-1898) elaboró un informe con el título “Apuntes sobre los manicomios españoles” en el que denunciaba la falta de “manicomios dignos” en España, destacando las diferencias entre las instituciones públicas y privadas, de las que emitió un juicio algo más positivo⁷⁴.

⁶⁵ Este proyecto, modelo en su género, y aunque con destino al futuro manicomio catalán, era válido para cualquier establecimiento de este tipo, como advertía el propio autor en la dedicatoria: *“sienta las bases necesarias (y) forma un cuerpo de doctrina general para la construcción de establecimientos en España”*. Pi i Molist, E. (1860). *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz*. Barcelona: Imprenta y librería politécnica de Tomás Gorch, p.24.

⁶⁶ Comelles, J. M. (1988), pp. 53-76; Huertas, R. (2002c), p. 179.

⁶⁷ Fraser, D. (1879). Spanish Asylums. *Journal of Mental Science*, 25(111), 347 – 358, p. 358.

⁶⁸ Escuder, J.M. (1895). *Locos y anómalos*. Madrid: Establecimiento Tip. Sucesores de Rivadeneyra, p. 293.

⁶⁹ Villasante, O. (2005). Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos. *Frenia*, 5(1), 69 – 99, p. 70.

⁷⁰ Como ejemplo ilustrador de estas denuncias véase el artículo publicado en el *Siglo Médico* por Pablo Llorach (1839-1890), fundador del Instituto frenopático de Las Corts de Sarrià: Llorach, P. (1862). Manicomios de España. *Siglo Médico*, 787–789.

⁷¹ Sobre este autor, consúltese: Rey González, A (1982). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Juan Giné y Partagás. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(4), 99-110.

⁷² Sobre el particular, véase Villasante Armas, O. (1997a). Primer certamen frenopático español. Estructura asistencial aspectos organizativos. *Asclepio*, 49(1), 79–93.

⁷³ Giné y Partagás, J. (1884a). Ensayo Médico-administrativo sobre el ingreso, estancia y salida de los enfermos de la mente en los asilos públicos y privados. En *Primer Certamen Frenopático Español* (pp. 147-172). Barcelona: La Academia; Comelles, J. M. (1988), p. 49.

⁷⁴ Seguí, E. C. (1884). *Apuntes sobre Manicomios españoles. Actas del primer certamen frenopático español* (pp. 429-465). Barcelona: Establecimiento tipográfico La Academia de E. Ullastres, p. 462. En relación a las visitas realizadas a los manicomios españoles por parte de profesionales extranjeros en las últimas décadas del siglo XIX se puede consultar además de los citados

Las reseñas a las diferencias asistenciales entre los establecimientos de la beneficencia pública y los privados seguirían dándose en las siguientes décadas. José Miguel Sacristán (1887-1957), en 1921, además de denunciar la desatención por parte del Estado de “*sus más elementales deberes psiquiátricos*”, señalaba que “*los establecimientos de la beneficencia provincial se hallaban en condiciones de absoluta inferioridad respecto a los particulares*”⁷⁵, los cuales, a pesar de que nacieron con el propósito de cubrir las deficiencias de la beneficencia pública, no pudieron, en opinión de Olga Villasante, cumplir con tal objetivo⁷⁶.

Todas estas denuncias pudieron llevarse a cabo gracias a que a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del XX surgieron en España una serie de acontecimientos a través de los cuales los alienistas intentarían reclamar un mayor protagonismo en las responsabilidades asistenciales y científicas, como forma de dignificación de su quehacer profesional⁷⁷. En 1876, Giné y Partagás publicaba su *Tratado de Frenopatología*⁷⁸, el primer libro de psiquiatría escrito por un autor español⁷⁹ y, en 1881, este mismo alienista fundaba la *Revista frenopática barcelonesa*, “eco científico del Manicomio de Nueva Belén”, considerada como la primera gran revista dedicada a la medicina mental en España⁸⁰. Pocos años más tarde, los colaboradores y continuistas de los planteamientos de Giné, Antonio Rodríguez Morini (1863-1937) y Arturo Galcerán y Granés (1850-1919)⁸¹, fundarían la *Revista Frenopática Española* y los *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales* en 1903 y 1904 respectivamente⁸². Hubo por tanto a finales de siglo XIX y primeros del XX una llamativa proliferación de

Seguín E.C. (1884) y Fraser, D. (1878), Jelly, F. A. (1885). A Glance at Lunacy in Spain. *The British Journal of Psychiatry*, 31(134), 193–198.

⁷⁵ Sacristán, J. M. (2000). [1921]. Plan para la reforma de asistencia a los alienados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 129–139, p. 136.

⁷⁶ Villasante, O. (2005), p. 98.

⁷⁷ Huertas, R. (2002a), p. 178.

⁷⁸ Rey González, A. (1982), p. 103.

⁷⁹ Huertas, R. (2002c), p. 84.

⁸⁰ Jordá Moscardó, E. y Rey González, A. (2007). La revista frenopática española (1903-1914). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la Psiquiatría Española* (pp. 397-412). Madrid: Frenia, p. 399. En el siglo XIX comenzaron a editarse algunas revistas cuyo contenido estaba dirigido al área de la psiquiatría con dos publicaciones destacadas, aunque ninguna llegaría al siglo XX. La primera de ellas fue *La Razón de la Sinrazón*, periódico mensual fundado y dirigido por Antonio Pujadas y redactado e impreso en el Instituto manicomio de Sant Boi de Llobregat, y la otra, el *Boletín del Manicomio de San Baudilio de Llobregat*, iniciada en 1892 por Arturo Galcerán y Granés (1850-1919), que vino a ser continuación de la anterior. Véase: Calbet i Camarasa, J. M. (1968). Evolución ideológica de la prensa médica en Cataluña en el siglo XIX. *Anales de Medicina y Cirugía (2ª época)*, 48(207), 177-196.

⁸¹ Sobre los autores puede consultarse: Calbet i Camarasa, J.M. y Corbella i Corbella, J. (1970). *La obra psiquiátrica del Dr. Antonio Rodríguez Morini. Actas I CIHMC, III*, 318-325; Rey González, A. (1985). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX. Arturo Galcerán y Granés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(13), 223–233.

⁸² Huertas, R. (2002c), pp. 92-93. En relación al análisis del contenido de la *Revista Frenopática Española* véase: Jordá Moscardó, E. y Rey González, A. (2007).

publicaciones psiquiátricas que, en general, tuvieron un carácter efímero y una difusión limitada⁸³.

Estos intentos por difundir el saber psiquiátrico como forma de consolidación de la profesión quedaron plasmados en el ya citado primer Certamen Frenopático Español, considerado como una de las iniciativas de mayor relevancia en el proceso de afianzamiento de la medicina mental en nuestro país, que consiguió reunir a un nutrido grupo de profesionales alrededor de la figura de Giné y Partagás. El Certamen, que intentó traspasar el ámbito local, no se repetiría como acontecimiento hasta 1926, momento en que se celebró la primera reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁸⁴. En su discurso inaugural, el propietario-director del Manicomio de Nueva Belén reclamó, entre otras cuestiones, la categorización de la frenopatía como especialidad clínica diferenciada⁸⁵. De hecho, la reivindicación, por parte de los alienistas españoles, de la enseñanza oficial de la psiquiatría fue una constante en todo el proceso de intento de legitimación social y profesional en el siglo XIX y primer tercio del siglo XX⁸⁶.

La creación de estructuras organizativas psiquiátricas en las primeras décadas del siglo XX

Las denuncias sobre el atraso y abandono en que estaban sumidos los manicomios públicos españoles siguieron apareciendo en el siglo XX, trascendiendo los espacios profesionales y administrativos para llegar a la opinión pública en forma de artículos, cartas abiertas, etc. publicadas en la prensa. Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), en su artículo "Los manicomios españoles", publicado en el diario *España*, en 1916, afirmaba que:

*"El atraso (...) de nuestras instituciones (...) se manifiesta como en ninguna otra en los manicomios, refugios de desgraciados a quienes la sociedad quiere olvidar o ignorar (...). La supresión de cadenas, esposas y otros brutales medios coercitivos que se impuso en Europa hace ya muchos años, se desconoce aún en los manicomios oficiales españoles"*⁸⁷.

⁸³ Lázaro, J. (1995a), p. 18. Para un acercamiento a las características de las revistas especializadas en salud mental, que comenzaron a publicarse en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX se puede consultar Bertolín Guillén, J. (1992). Las revistas sobre psiquiatría en España hasta 1931. *Archivos de Neurobiología*, 55(1), 23-33.

⁸⁴ Lázaro, J. (1995a), p. 18; Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(75), 397-515, p. 415.

⁸⁵ Giné y Partagás, J. (1884b). Discurso de apertura. En *Primer Certamen Frenopático Español* (pp. 17-25). Barcelona: Establecimiento tipográfico "La Academia" de E. Ullastres.

⁸⁶ Huertas, R. (2002c), p. 88.

⁸⁷ Rodríguez Lafora, G. (1916). Los manicomios españoles. *España*, 90, 8-10.

Así mismo, denunciaba la escasez de plantilla en las instituciones psiquiátricas las cuales *“no tienen suficiente personal de médicos y enfermeros, ni la preparación técnica de este personal es adecuada (...) los enfermos no son estudiados psiquiátricamente por los médicos (...) rara vez encontrareis a un médico en el manicomio para que os lo pueda enseñar”*. El psiquiatra madrileño terminaba con un implorante *“esperemos que esto cambie y que las Diputaciones no abandonen sus obligaciones benéficas”*⁸⁸. Sin duda lo novedoso de este artículo de denuncia es la reproducción de fotografías de enfermos psiquiátricos en las que se mostraban pacientes ingresados en el Manicomio Provincial de Granada y el Manicomio Provincial de Valencia⁸⁹, instantáneas que pueden considerarse como un precedente de la utilización de la fotografía como medio de denuncia social⁹⁰.

Paralelamente, es importante destacar la aparición de los primeros intentos de proyección fuera de nuestro país con el inicio de la presencia de alienistas españoles en congresos internacionales como la participación de José María Esquerdo (1842-1912) como presidente de la sección de Neuropathies, Maladies Mentales et Anthropologie Criminelle del XIV Congress International de Medicine, celebrado en Madrid en 1903, la participación de Galcerán con su trabajo *“Cómo deben ser los asilos para los enfermos de la mente”* en el congreso de Milán en 1906 (posteriormente la publicaría en la *Revista Frenopática Barcelonesa* en 1907⁹¹) o de Antonio Rodríguez Morini con *“La asistencia a los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el manicomio de San Baudilio”* en el XV congreso internacional, celebrado también en 1906, en Lisboa, y publicado ese mismo año en la *Revista Frenopática Española*⁹². Es de destacar, para terminar, que en Milán se acordó la creación de un *“Instituto internacional para el estudio de las causas de*

⁸⁸ Ibídem.

⁸⁹ Las imágenes están disponibles en: <http://www.psiquifotos.com/2009/10/89-los-manicomios-espanoles-de-lafora.html> [consultado el 8 de octubre de 2016].

⁹⁰ Villasante, O. (2011). La polémica en torno a los manicomios, 1916. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(4), 767-777, p. 768. En este trabajo se aborda de forma detallada el debate sobre el estado de los Manicomios españoles suscitado por Lafora en forma de diversos artículos de prensa de Ricardo Rodríguez Valdés y Aguirre, responsable del servicio de dementes del Hospital Provincial de Madrid y Tomás Busquét, médico inspector del Servicio de dementes de la Mancomunitat de Cataluña.

⁹¹ Galcerán y Granés, A. (1907). *Cómo deben ser los asilos para los enfermos de la mente*. Barcelona: Imp. La Académica, publicado casi simultáneamente en *Archivos de terapéutica de las enfermedades Nerviosas y mentales*, en 1906 y la *Revista Frenopática de Barcelona* en 1907; Rodríguez Morini, A. (1906). La asistencia a los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el manicomio de San Baudilio (Barcelona). *Revista Frenopática Española*, 46, 293-302. En palabras de Rafael Huertas, no es de extrañar que las comunicaciones presentadas a Congresos internacionales se publicaran en las revistas propias, única manera de difundir sus contenidos y dar a conocer, en el interior, la proyección internacional de la medicina mental. Huertas, R. (2002c), p 96-101.

⁹² Rodríguez Morini, A. (1906); Huertas, R. (2002c), p. 96-100.

las enfermedades mentales" estando constituido el comité español por Arturo Giné y Masriera y Antonio Rodríguez Morini⁹³.

En el ya citado primer Certamen Frenopático Español se había apuntado la conveniencia de agruparse en sociedades científicas⁹⁴, idea que fue posible gracias a la promulgación de la ley de asociaciones en 1887⁹⁵. Así, en 1911, se inauguró la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona. Galcerán ocupó la presidencia y entre sus objetivos estaba el *"conseguir la creación y desarrollo de instituciones nosocomiales adecuadas a los distintos grupos de enfermos correspondientes a la psiquiatría y neurología"* o el de *"alcanzar en nuestro país (...) la obtención de la obligatoria enseñanza de la especialidad"*⁹⁶.

Fruto de este dinamismo, en 1919, se fundó la revista *Archivos de Neurobiología* por José Miguel Sacristán, Gonzalo Rodríguez Lafora y José Ortega y Gasset (1883-1955)⁹⁷. La editorial del primer número, de marzo de 1920, describía unos objetivos científicos y profesionales de carácter continuista con los enumerados por Galcerán en su discurso de inauguración de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología:

*"La revista que iniciamos se funda para consolidar y organizar este movimiento científico, para recoger la obra de los maestros y de las nuevas generaciones de investigadores, y para dar a conocer en los países progresivos la labor de los estudiosos españoles"*⁹⁸.

En torno a la revista se reunió un grupo amplio de profesionales denominados "generación de *Archivos de Neurobiología*"⁹⁹, que agrupó, entre otros, a psiquiatras como Wenceslao López Albo (1889-1944), Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997), José Sanchís Banús (1893-1932), Enrique Fernández Sanz (1872-1950), César Juarros (1879-1942) y los ya citados Sacristán y Lafora.

A lo largo de los siguientes años a su fundación, la edición de los números fue algo irregular, lo que podría traducir dificultades de financiación y de obtención de originales. En opinión de José Lázaro¹⁰⁰, la aparición de esta revista puede ser considerada como el

⁹³ Huertas, R. (1995a), p. 29.

⁹⁴ Seguí, E. C. (1884), p.459.

⁹⁵ Ley reglamentando el derecho a la asociación. (12 de julio de 1887). *Gaceta de Madrid*, 193, pp.105-106; Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997), p. 133.

⁹⁶ Galcerán y Granés, A. (1911). Sociedad de psiquiatría y neurología de Barcelona. Discurso inaugural del presidente Dr. D. Arturo Galcerán y Granés. *Revista Frenopática Española*, 3, 85-93, pp. 88-90.

⁹⁷ Lázaro, J. (1995a), p. 20. Sobre esta revista se puede consultar: Lázaro, J. (1997). La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936. *Archivos de Neurobiología (suplemento 1)*, V-XIX.

⁹⁸ Editorial. (1920). *Archivos de Neurobiología*, 1.

⁹⁹ Esta denominación se atribuye a Diego Gracia. Véase: Gracia Guillen, D. (1971), p. 334.

¹⁰⁰ Lázaro, J. (1995a). p. 20

acontecimiento que marcó el paso de las instituciones locales a las nacionales y con ello, el punto de partida de la especialidad de psiquiatría en España. Pero sin duda, las ideas reformistas psiquiátricas llegaron a su máxima expresión con la constitución de la Asociación Española de Neuropsiquiatría el 29 de diciembre de 1924¹⁰¹. Entre sus objetivos, los cuales no difieren mucho del discurso profesional de los psiquiatras españoles de décadas anteriores, caben destacar la revisión de la legislación relativa a los alienados, la reorganización de la asistencia a los alienados, la formación de un cuerpo de médicos alienistas con reglamentación propia con ingreso mediante oposición que tuviera sus plazas fijas en los manicomios públicos y privados, la estructuración de la enseñanza psiquiátrica y la oficialización de una clasificación moderna de las enfermedades mentales, para la que proponían la formulada por Emil Kraepelin (1856-1926) en 1920¹⁰².

Precisamente el eminente frenópata alemán concurre como invitado a un encuentro que mantuvieron un grupo de neuropsiquiatras españoles al día siguiente de la constitución de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en el Colegio de Médicos de Barcelona en el que se evidenciaron las diferencias entre España y el país germano. Kraepelin informó sobre la celebración periódica en Alemania de congresos neuropsiquiátricos en los que llegaban a reunirse cerca de setecientos especialistas, describió el eficaz funcionamiento de una asociación profesional que intervenía en las decisiones gubernamentales y en la adjudicación de plazas vacantes, y dio también detalles sobre los equipos médicos con que contaban los hospitales psiquiátricos¹⁰³.

A partir de entonces, y en el contexto de la citada generación de Archivos de Neurobiología, se sucedieron las publicaciones en las que se solicitaban reformas legislativas y asistenciales, la creación de la enseñanza universitaria de la psiquiatría y la organización de un cuerpo de facultativos especialistas en psiquiatría¹⁰⁴, planteamientos a los que hay

¹⁰¹ Lázaro, J. (1995b). La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 295-308.

¹⁰² Huertas, R. (2002c), p. 114-115. Dichas conclusiones aparecieron en Torras, O. (1924). Reunión general de neuropsiquiatras españoles. *Psiquiatría*, 19-24 y en Rodríguez Arias, B. (1925). Reunión nacional de neuropsiquiatras. *Archivos de neurobiología*, 5, 79-84.

¹⁰³ La visita del Dr. E. Kraepelin a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología. (1924). *Psiquiatría*, 3 (4), 26-27; Rodríguez Arias, B. (1925); Lázaro, J. (1995b), p. 302.

¹⁰⁴ López Albo, W. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 219-225; Sacristán, J. M. (1926). Plan moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 226-231; Marín Agramunt, J. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 232-235. Las conclusiones fueron redactadas por: López Albo, W., Fuster y J. y Morales, M. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados, conclusiones. *Archivos de Neurobiología*, 6, 236-237; Gimeno Riera, J., Escalas Real, J. y Torras, O. (1926). Creación de un cuerpo de alienistas. *Archivos de Neurobiología*, 6, 239-242; Saforcada, M. y Busquet, T. (1926). Necesidad urgente de una revisión de la legislación relativa a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 11, 179-188; Rodríguez Morini, A. (1928). Segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 8, 120-

que añadir la propuesta de creación de una Liga de Higiene Mental¹⁰⁵. Esta liga, constituida definitivamente por Real Orden de 25 de enero de 1927¹⁰⁶, tendría por objetivo fundamental estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias para conseguir la profilaxis de la locura y la mejora en la asistencia médica y social de los alienados. De esta forma, en opinión de Rafael Huertas, la liga retomaba *“esa voluntad de vulgarización y de educación de la salud mental que fue objeto prioritario de los alienistas decimonónicos”*¹⁰⁷.

Fueron, primero la revista *Archivos de Neurobiología* y, a continuación, la Asociación Española de Neuropsiquiatras (con la Liga de Higiene Mental trabajando en paralelo a ella) los instrumentos a través de los que se seguiría impulsando el desarrollo y la consolidación de la nueva especialidad¹⁰⁸.

La Casa de Santa Isabel de Leganés a lo largo del siglo XIX

Al igual que ocurriera con el desarrollo de la psiquiatría, la historia del Manicomio de Santa Isabel en las primeras décadas del siglo XX no se puede entender sin estudiar los orígenes de esta paradigmática institución. A mediados del siglo XIX, Madrid carecía de un hospital específicamente psiquiátrico, de modo que el único establecimiento de carácter médico para la atención de alienados en toda la provincia era las llamadas “salas de enajenados” del Hospital Provincial¹⁰⁹. En este contexto asistencial, los dementes eran derivados a los

130; Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (2000). [1926]. Enseñanza de la psiquiatría y de la Neurología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 177–179.

¹⁰⁵ Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (2000). [1926]. Proyecto de creación de una liga de higiene mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 146–153.

¹⁰⁶ Real orden declarando oficial la Liga Española de Higiene mental, y aprobando los Estatutos, que se insertan, por los que ha de regirse el mencionado organismo. (27 de enero de 1927). *Gaceta de Madrid*, 27, pp. 562–563.

¹⁰⁷ Huertas, R. (2002c), p. 118.

¹⁰⁸ Lázaro, J. (1995b), p. 299. Habría que esperar sin embargo hasta el año 1931 con la puesta en marcha de las reformas republicanas para que todas estas peticiones tuvieran un respaldo institucional y legislativo vehiculado a través del Nuevo Decreto para la asistencia a los enfermos mentales de 3 de julio de 1931. Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. (7 de julio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 188, pp. 186–189. Este decreto se ha reproducido en una monografía de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: Decreto para la asistencia a los enfermos mentales. (2000). [1931]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181–188. Sobre la reforma psiquiátrica republicana véase Espino, J. A. (1980). La Reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 74, 56–106; Campos, R. y Huertas, R. (1998); Campos Marín, R. (1995). Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900–1931). *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, 199–217; Huertas, R. (1998a). Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*, 9(33), 51–64.

¹⁰⁹ El servicio de psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid fue inaugurado en 1748, sin embargo, no se conservan datos sobre la asistencia prestada hasta 1877, año en el que ingresaron 206 dementes, cifra que duplicaba los ingresos habidos en años anteriores (en 1860 ingresaron 109 pacientes). A partir del Real Decreto de 19 de mayo de 1885 en el que se dictan las normas para el ingreso de dementes y en el que se disponía que *“las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir a los dementes en observación (...) hasta que se les pueda conducir a un manicomio de reclusos permanentes”*, este servicio pasará a constituirse como “departamento de observación de dementes”. González Duro, E. (1975), pp. 8–9. A pesar de que este departamento estaba concebido para recibir a pacientes enajenados durante un breve espacio de tiempo, ya en la propia *Memoria* del año 1874 se admitía que los ingresos podían alargarse hasta más de tres años. Véase: Villasante, O. (2005), pp. 73–74. El estado de hacinamiento de este departamento no pasó desapercibido por los alienistas de la época. Véase: Torres, R. (1859). De la locura y los manicomios. *La España Médica*, 4, 162 y 568 y estas críticas se mantendrían hasta entrado el siglo XX. Véase: Rodríguez Lafora, G. (1916). Sobre este hospital se puede consultar:

manicomios de Zaragoza y Toledo¹¹⁰. El deterioro de dichos establecimientos junto al hacinamiento de las salas de alienados del Hospital Provincial "San Isidro y Santa María de la Cabeza" así como la promulgación de la citada Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 y el reglamento para su ejecución del 14 de mayo de 1852, aceleraron los trámites, como hemos señalado, para la inauguración de un hospital psiquiátrico en el centro del país¹¹¹.

Al amparo de dicha Ley, nació sólo uno de los seis establecimientos previstos: la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés (Madrid)¹¹². Dicha institución, que adoptó el nombre en honor a la entonces reinante Isabel II, fue inaugurada por el gobernador de la provincia Melchor Ordoñez y Viana (1811-1860) en diciembre de 1851 e intentó dar respuesta a la creciente demanda de enfermos mentales tras el aumento demográfico ocurrido en la segunda mitad de siglo¹¹³. Si bien este establecimiento nació en el medio de un debate sobre el Manicomio Modelo¹¹⁴, nunca pudo responder a estas expectativas ya que, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas al construirse sobre un viejo caserón nobiliario de limitada capacidad, con dudosas condiciones higiénicas y una escasa medicalización¹¹⁵. El aprovechamiento de un viejo palacio¹¹⁶, en lugar de la construcción de

Núñez Olarte, J. M. (1999). *El Hospital General de Madrid en el siglo XVIII (actividad médico quirúrgica)*. Madrid: CSIC, pp. 231-245.

¹¹⁰ Villasante, O. (1999), p. 469.

¹¹¹ Peset, J. L. (1995).

¹¹² Para un estudio detallado acerca de los inicios y la vida en el interior del Manicomio de Leganés durante todo el siglo XIX y sobre el fracaso del proyecto del Manicomio Modelo: Villasante, O. (1999); Villasante, O. (2002). Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162; Villasante, O. (2003a). The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

¹¹³ Villasante, O. (1999), p. 470.

¹¹⁴ En relación al discurso teórico acerca del "Manicomio modelo" y las características de los proyectos presentados con este objetivo se puede consultar: Espinosa Iborra, J. (1966); Peset, J. L. (1995) y Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y Locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets, pp. 113-126. Como ejemplo ilustrador del ánimo reformista con el que se acogió entre los alienistas de la época la construcción de lo que iba a ser un Manicomio Modelo se puede consultar Monasterio y Correa, R. (1851). Una visita al Hospital de dementes de Leganés. *Gaceta Médica*, 7, 164-167, publicación en la que el traductor de la obra de Esquirol, realiza un análisis detallado de las condiciones del Manicomio en julio de 1851, tan solo dos meses después de que la institución acogiera a sus primeros pacientes, en el que se puede leer lo siguiente: "¿Qué distancia tan inmensa de Leganés a Zaragoza! Ya no es un sueño, una utopía la curación de los dementes; ya no se les trata como a fieras salvajes; los grillos, las cadenas, los cepos y otros mil instrumentos de tortura que harían honor a la inquisición se han hecho mil pedazos; su nombre ha pasado a la historia. Ahora tienen cómodos dormitorios, espaciosos y ventilados jardines, talleres y otras ventajas sin cuento".

¹¹⁵ Villasante, O. (2003a), pp. 8-10.

¹¹⁶ El 12 de noviembre de 1850 la Junta provincial de Madrid adquirió un palacete ducal por valor de 340000 reales a un vecino de Leganés llamado Juan Gómez, destinado a convertirse en un "establecimiento de beneficencia" para dementes. Entre las razones que argumentaban las autoridades para elegir la población de Leganés estaban su proximidad a la capital del Estado de la que distaba 12 km, la abundancia de edificios señoriales de grandes dimensiones, la situación topográfica de la villa y las condiciones de salubridad. Se puede consultar: Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial, p.28; Espinosa, J., Balbo y E, Peset, J. L. (1994). *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporánea*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés y Mendiguchía Carriche, A. (1955). Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Archivos de Neurobiología*, 7(3), 933-944. p. 935. En opinión de Olga Villasante, es probable que esta elección se relacionara con la existencia previa a la inauguración del Manicomio en la villa de Leganés de las llamadas "casas de reclusión", domicilios particulares que recibían a dementes a cambio de una aportación económica, permitidas en la Ley de Beneficencia de 1822 y que se encontraban muchas veces al margen de la Inspección de las Juntas de Beneficencia. Estas casas se mantuvieron una vez construida la Casa de

un asilo de nueva planta obligó a un número nada despreciable de reformas para ampliarlo o acondicionarlo que no mantuvieron un plan organizado y se hicieron al margen de la opinión de los técnicos médicos, por lo que, entre otras cuestiones, no se pudieron separar a poblaciones como los menores o los penados¹¹⁷.¹¹⁸. Tanto la elección de la villa de Leganés como las condiciones arquitectónicas y asistenciales del asilo propiciaron numerosas críticas, prácticamente desde su fundación. Solo unos años después de su inauguración, en 1859, el médico Robustiano Torres, que había sido internado previamente en la institución con un diagnóstico de “manía suicida”¹¹⁹, en un informe en forma de varios artículos difundidos en *España Médica*, se mostraba muy crítico con su emplazamiento, sus instalaciones, su escasa medicalización y el abandono terapéutico en que se tenía a sus enfermos¹²⁰.

Ese mismo año, se anunció un concurso público convocando a arquitectos para la construcción de un Manicomio Modelo en la provincia de Madrid. En la exposición de motivos de dicho Real Decreto se podía leer:

*“Es llegado el momento...para realizar las mejoras que urgentemente reclaman los asilos consagrados a recibir a seres privados de razón (...) si bien...podrá aprovecharse algo de los de antigua fundación, no todos reúnen las condiciones higiénico-arquitectónicas indispensables (...) todos han menester de grandes y costosas reformas (...) pero ninguno como el de Santa Isabel de Leganés, el cual, por lo exiguo de su localidad, por su absoluta carencia de aguas, por su situación y construcción anómala, no es ciertamente digno de figurar como casa general de Dementes”*¹²¹.

Este nuevo Manicomio no llegó a ver la luz y, en su defecto, se planificaron ampliaciones y reformas en la Casa de Santa Isabel, como el, también fracasado, entre otras cuestiones por los apuros económicos del Estado, proyecto de reforma general que fue encargado al arquitecto Tomás Aranguren el 16 de abril de 1871.

Si bien en las publicaciones y reseñas sobre el estado de la institución predominaban las connotaciones negativas, también se pueden leer elogios a las condiciones de la misma

dementes de Santa Isabel y estando ésta bajo la dirección de José María Miranda de la Paz (1815-1873), para quien supusieron un rentable negocio. Villasante, O. (2002), p. 147.

¹¹⁷Villasante, O. (2008) Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia*, 8, 33-68. Sobre las reformas que se realizaron en el Manicomio nos detendremos con más detalles en un apartado posterior de este mismo capítulo.

¹¹⁸ Viota y Soliva, E. (1896), p. 93

¹¹⁹ Novella, E. J. (2012). La medicina mental en los orígenes de la España contemporánea. *Medicina e Historia*, 1, 3-18, p. 13.

¹²⁰ Villasante, O. (2002), p. 141. Estas críticas pueden leerse en: Torres, R. (1859), p.162 y 568.

¹²¹ Real decreto convocando a los Arquitectos a concurso público para la presentación de planos de un Manicomio-modelo que se levantará dentro del territorio de la provincia de Madrid. (30 de julio de 1859). *Gaceta de Madrid*, 271, p. 1. Tras la exposición de motivos se detallaban las características que debería tener dicho Manicomio modelo, que albergaría a 500 dementes entre los dos sexos, subdivididos en departamentos para distinguidos y pobres, así como para agitados sucios y tranquilos, proveyendo un departamento diferenciado para la infancia, ancianidad y para los detenidos judicialmente.

como los realizados por Manuel Mesa en *España Médica* en 1861, exponiendo que la Casa de Santa Isabel proveía con *“admirable exactitud todas las necesidades y deseos de los seres desgraciados que hay que albergar y socorrer”*. Tras realizar un detenido recorrido por cada una de sus instalaciones establecía que *“se puede juzgar de bondad y perfección el establecimiento”*, para terminar apuntando que *“se echa de menos la falta de agua potable, tan necesaria en esta clase de asilos”*¹²². Habría que esperar hasta 1912, siendo Belaunde Director General de la Administración para que se resolviera el expediente de abastecimiento de aguas potables de la institución¹²³.

Las críticas al estado del Manicomio se sucedieron a lo largo de toda la segunda mitad del siglo XIX y, como es lógico, la situación no pasó desapercibida por psiquiatras de reconocido prestigio como Giné y Partagás que, en 1875, a propósito del establecimiento público madrileño, realizaba la siguiente reflexión:

*“Pero ¿cuál ha sido el resultado de tan manoseado proyecto? La Casa llamada de Santa Isabel, en Leganés, de escasa capacidad, falta de aguas, y de construcción tan irregular y tan poco adecuada a su destino, que ha merecido las más severas censuras de todos los alienistas que la han visitado(...)pero si es tan viciosa su construcción, si está tan mal emplazado, si carece de aguas, ¿no sería conveniente para levantar un establecimiento frenopático, que, llenado todas las condiciones que reclaman los adelantos y necesidades de la época, pudiese servir de verdadero manicomio modelo?”*¹²⁴.

LAS DEFICIENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: UN MANICOMIO EN CONTINUO PROCESO DE REFORMA

Las desordenadas obras de acondicionamiento en el siglo XIX

Desde sus inicios fueron necesarias numerosas reformas arquitectónicas en la institución para intentar acondicionarla a las expectativas para las que fue creada¹²⁵. Tan solo dos

¹²² Mesa, M. (1861). La Casa de Santa Isabel de Leganés. *España Médica*, 288, 363–366.

¹²³ Salas y Vaca, J. (1924a). *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos, p. 8. Sobre las reformas realizadas en la institución durante el ejercicio de este médico andaluz nos centraremos en el capítulo III de esta tesis doctoral.

¹²⁴ Giné y Partagás, J. (1875). *Curso elemental de Higiene Privada y Pública*, 3ª ed., 2 vol., Barcelona: Juan Bastinos e hijo, p. 420.

¹²⁵ A lo largo de sus primeros diez años de existencia se mantuvieron obras de forma incesante. En 1855, con Pedro Gómez de la Serna como vocal visitador se hicieron diversas obras interiores en el manicomio: se habilitó una sacristía para la capilla, se completó el alcantarillado para el desagüe de los dos edificios, se construyó una estufa en la sala de recreo y varias celdas para agitados en el departamento de los pobres, se arregló el comedor de distinguidos y se abrieron ocho ventanas a las celdas de mujeres implantadas en “obscuras y mal ventiladas buhardillas”. Al año siguiente se poblaron de arboleda los solares que habían quedado de la incorporación de algunas casas medianeras en el departamento de mujeres, se construyó un departamento de sucios, se dotó al departamento de distinguidos de sala de juegos y dos mesas de billar, se inscribió al Manicomio en la Sociedad de Seguros mutuos contra incendios de Casas extramuros de Madrid “para prevenir toda clase de peligros” y poco después se

décadas después de su inauguración, y ante el aumento del número de asilados, se encargó al arquitecto Tomás Aranguren un proyecto de reforma general y de ampliación de la capacidad del manicomio para acoger a 300 pacientes, el cual no llegó a realizarse¹²⁶. A pesar de las mejoras señaladas, entre las que destaca la adquisición de un edificio y terrenos contiguos al manicomio por la cantidad de cuatro millones de reales en 1866¹²⁷, a mediados de los sesenta no había sido realizada una reforma general, contando el manicomio con dos importantes defectos: la separación de los dos pabellones de hombres y mujeres por una calle de acceso público y la escasez de agua potable¹²⁸. El deficiente estado arquitectónico de las sucesivas edificaciones fue objeto de numerosas denuncias¹²⁹ y, las obras de habilitación y acondicionamiento se sucedieron a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX¹³⁰. A pesar de las reformas realizadas, que adolecían de no estar sometidas a un único plan arquitectónico¹³¹, no se consiguieron alcanzar las expectativas iniciales quedando la institución muy lejos del ansiado proyecto de manicomio modelo para el que había sido inaugurada¹³².

construyó otro salón de descanso para pobres con estufa y entarimado y ventanas al jardín, una sala de labor para mujeres y se amplió el dormitorio de mujeres debajo del cual se habilitó un comedor de distinguidas. En 1859 se acondicionó el patio de los pobres y el patio grande de mujeres. En 1860, ya con Luis Manresa de visitador, se edificó un nuevo comedor de distinguidos y seis celdas de agitadas con un patio común a las mismas. Tres años más tarde, en 1862, se hizo construir un amplio lavadero para cuya ejecución se tomaron por modelos los de los hospitales de la Princesa, el Carmen y Jesús Nazareno. Viota y Soliva, E. (1896), pp.62-70.

¹²⁶ Aranguren advirtió que si la escasez de agua continuaba no sería posible dar baños a los enfermos ni regar huertas o jardines, por lo que era inútil proponer cualquier tipo de reforma para dar cabida a un mayor número de acogidos. Viota y Soliva, E. (1896), pp.89-93.

¹²⁷ *El heraldo de Madrid* (29 de abril de 1929), p.8.

¹²⁸ El cierre de la Calle Velasco al público para aislar totalmente la casa de dementes se logró en 1867 tras diversas negociaciones con el Ayuntamiento de Leganés. Al mismo tiempo, se acordó con el Consistorio la toma de aguas para la provisión del manicomio. Sin embargo, el abastecimiento de agua no dejaría de ser un problema a lo largo de la historia de la institución y el Ayuntamiento interrumpía el suministro en momentos de escasez. Véase: Viota y Soliva, E. (1896), pp.84 y 68; Villasante, O. (2008), p.48.

¹²⁹ En 1866, en un expediente general de obras en el Ministerio de la Gobernación, se describen importantes desperfectos en varias estancias del manicomio como grietas, desconchados, suciedad y deterioro general en los dormitorios de los asilados, en el departamento de agitadas y sucios y en el comedor de furiosas. Villasante, O. (2002), p.143.

¹³⁰ En las últimas dos décadas del siglo XIX se realizaron obras en el departamento de mujeres "a cuyo desahogo y salubridad había que atender", se repararon los salones de distinguidos, de pobres, los comedores para los dos sexos, se amplió el comedor de distinguidos, se construyó otra galería de celdas para éstos y para las mujeres pensionistas, si bien tan solo pudieron terminarse las reformas del pabellón de celdas de distinguidos por 44901 pesetas. Viota y Soliva, E. (1896).p.153-154. Sobre las obras en el Manicomio de Leganés y, especialmente en el departamento de mujeres, véase: Adjudicación en pública subasta de las obras de terminación de la sección de celdas en el departamento de asiladas tranquilas y otras varias en las dependencias del departamento de hombres, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (19 de septiembre de 1889). *Gaceta de Madrid*, 260, p. 893; Adjudicación en pública subasta de las obras necesarias en el departamento de Asiladas tranquilas del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (23 de noviembre de 1888). *Gaceta de Madrid*, 328, p.582.

¹³¹ Se pueden destacar numerosos cambios en los arquitectos de beneficencia ocurridos en un periodo de seis años (1890-1896), lo que provocó gran heterogeneidad en la institución. Viota y Soliva, E. (1896), p.157.

¹³² Una visión general del fracaso de la institución puede verse en: Villasante, O. (2003a).

En 1889, el médico Ángel Pulido Fernández (1852-1932)¹³³, tras una visita al establecimiento invitado por el entonces Jefe Facultativo Ignacio del Mazo Almazán¹³⁴, describía lo siguiente:

*“El manicomio de Leganés caracteriza muy bien un defecto radical, ingénito, característico de nuestro país; se concibió viciosamente mal, se empezó mal, siguió peor y se desenvuelve siempre defectuosamente. Tenemos lo de costumbre: un arquitecto cualquiera, que no sabe lo que es un manicomio ni lo que es un loco, tira líneas a su antojo, y sin consultar con el médico y sin mirar los tratados de la especialidad, hace una casa de vecindad a su manera, que sale siempre muy cara, y luego dice: -¡Hé aquí un manicomio!. Esto es lo ocurrido en Santa Isabel: Verdad que allí hay bastante dinero gastado, verdad que hay un pabellón moderno regularmente dispuesto (...). Pero no basta: un manicomio del Estado exige mucho más, y esto es lo que debemos pedir todos al Gobierno, empezando por el digno director actual y concluyendo por el modesto autor de este juicio”*¹³⁵.

Las denuncias sobre el estado del establecimiento también se produjeron por parte de personas vinculadas al mismo, como Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario de esta institución entre 1884 y 1899¹³⁶, que en 1896, lo describía del siguiente modo:

*“Una aglomeración deforme de cosas nuevas, que se ignora si quedaran definitivas, y cosas viejas, en perpetuo deterioro y entre inmundas ruinas, que esperan todas el ansiado día de un pensamiento de arranque y de unidad, en que la voz poderosa de la Junta de Patronos, moviendo la apatía del Estado, le haga renacer de sus cenizas”*¹³⁷.

Así mismo, la Junta de Patronos de la institución¹³⁸, representada por la Sra. Infanta D^a María Isabel emitió una instancia dirigida al Director de la Administración local en la que

¹³³ Ángel Pulido Fernández (1852-1932) cursó sus estudios de Medicina en la Facultad de San Carlos entre 1868 y 1873. A los 32 años ingresó en la Academia Nacional de Medicina de la que llegó a ser Secretario perpetuo. Entre sus numerosos cargos vinculados a la sanidad destacan el de Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Presidente del Consejo de Protección de la Infancia, Director General de Sanidad, Subsecretario de Gobernación, Diputado, Senador, Senador Vitalicio y Vicepresidente del Senado. Entre otras cuestiones, se preocupó por la mejora de la salud pública. Véase: García Guerra, D. y Álvarez Antuña, V. (1994). Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902). *Dynamis*, 14, 23-41, p.25 y <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/971-1884-pulido-y-fernandez-angel.html> [consultado el 2 de abril de 2016].

¹³⁴ El 16 de diciembre de 1888, el Ángel Pulido publicó un artículo en el *Siglo Médico* alabando las condiciones del Manicomio de San Baudilio de Llobregat y, comparado con éste, calificó al de Leganés como “una mala casa de locos que no se debe mencionar”. Este trabajo propició una rápida respuesta por parte de Ignacio del Mazo Almazán, el entonces Director facultativo del Manicomio de Leganés, censurando esta opinión, principalmente debido a que Pulido no había llegado a conocer el Manicomio e invitándole a realizar una visita al establecimiento *para “proporcionándome ocasión para demostrarle que si, como dejo reconocido, este asilo no reúne todas las condiciones que el estado actual de la ciencia exige para el tratamiento de las enfermedades mentales, encuentran constantemente sus asilados tan buenas condiciones de alimentación, de higiene y de trato general, como puedan hallarse en cualquiera otro de nuestro país”*. Mazo terminaba alabando la labor realizada por la Junta de señoras que gestionan el establecimiento así como a las hijas de la caridad. Véase: Pulido, Á. (1888). Barcelona Médica. *Siglo Médico*, 802-803; Mazo, I. (1888). Los Manicomios de España. *Siglo Médico*, 846-847 y Pulido, Á. (1889). Los Manicomios de España. El de Santa Isabel de Leganés. *Siglo Médico*, 36, 101-102.

¹³⁵ Pulido, Á. (1889), p. 102.

¹³⁶ *La Época*. (15 de marzo de 1899), número 17.518, p.2.

¹³⁷ Viota y Soliva, E. (1896), p.156-157.

¹³⁸ El 27 de abril de 1875, el Ministro de la Gobernación, Francisco Romero Robledo promulgó la *Instrucción para el ejercicio del protectorado del Gobierno en la Beneficencia*. Este Decreto, que prácticamente reprodujo la *Instrucción General y Reglamentos interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General* de 22 de abril de 1873, regulaba la inspección de los establecimientos benéficos del reino encomendando esta tarea a un “grupo de mujeres”, denominado “Junta de señoras para

dejaba patentes las carencias del establecimiento solicitando las reformas necesarias para acondicionarlo a sus pretendidas funciones:

"S. A. R. La (...) Sra. Infanta D^a. M^a. Isabel, recomienda al Ilmo. Sr. Director de Administración Local la siguiente nota:

En el Manicomio de Sta. Isabel de Leganés es de absoluta necesidad la construcción de una nueva cocina por hallarse la que hay en estado de deterioro; y es perjudicial para la salud de las hermanas a causa de la humedad y obscuridad del local.

También es necesaria la instalación de un nuevo pabellón, separado de los demás alienados, para los enfermos que están en observación antes de la admisión definitiva.

Las cuentas del actual ejercicio se han cerrado con un déficit de 2387 pesetas 75 céntimos al que hay que agregar el de 3000 pesetas que resultó en los tres años anteriores formando un total de 12311 pesetas de lo cual tiene ya conocimiento la Dirección General.

*La Junta espera y ruega una pronta evaluación para poder cumplir las sagradas atribuciones del Establecimiento*¹³⁹.

Las reformas del Manicomio en el siglo XX: hacia un establecimiento con mayor capacidad

La Casa de Santa Isabel, entró en el siglo XX, con muy malas condiciones higiénicas y claras deficiencias arquitectónicas, de manera que, en las primeras décadas continuaron las reformas. En 1900, se acordó la construcción de un pabellón de penados en el Manicomio de Leganés, destinado a los dementes sujetos a los tribunales de justicia que precisaban ser aislados del resto¹⁴⁰. Dos años más tarde, salió a concurso la adjudicación de trece

auxiliar al gobierno en los servicios de Beneficencia". Esta Junta, compuesta por señoras, procedentes de la aristocracia o de la alta burguesía, no hacía sino continuar una tradición española que asignaba a las mujeres de la nobleza funciones relacionadas con la Beneficencia. Las juntas de señoras serían suprimidas una vez proclamada la Segunda República Española con el objetivo de "conocer más directamente el desenvolvimiento de estos Establecimientos". Véase: Instrucción para el ejercicio del protectorado del Gobierno en la Beneficencia. (28 de abril de 1875). *Gaceta de Madrid*, 118, pp. 271-276; *Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios perteneciente a la Beneficencia General*. (1873). Madrid: Imprenta Nacional; Decreto declarando suprimidas las actuales Juntas de señoras en los Establecimientos generales de Beneficencia. (22 de mayo de 1931). *Gaceta de Madrid*, 142, p. 865. Sobre la Junta de Señoras, se puede consultar el libro escrito por el jefe de la sección de Beneficencia en el Ministerio de la Gobernación, Hernández Iglesias, F. (1876). *La Beneficencia en España*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Manuel Minuesa, pp. 123-129.

¹³⁹ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC- Mº Interior 1334/15. Desconocemos la fecha exacta de este documento del siglo XIX, ya que no viene consignada en el mismo, si bien es probable que sea posterior a la promulgación del Real Decreto de asistencia a los alienados de mayo de 1885, primera ley en regular la admisión de dementes en los establecimientos psiquiátricos españoles, en la que se establecían los criterios para la hospitalización en observación y definitiva. Real Decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511. En un punto posterior de este mismo capítulo se analiza la aplicación de esta legislación en el propio Manicomio de Leganés.

¹⁴⁰ La subasta para la edificación de este departamento por el que se abonarían 156.282,28 pesetas, a pagar en tres ejercicios se señaló para el 16 de mayo de 1900. Véase: Señalamiento de fecha para la subasta de obras de construcción de un pabellón de penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (8 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 128, p. 641; Subasta para la construcción de un pabellón para penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (2 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 122, p. 561; *Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de la Administración* (1912-1915-1918). Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, p.13. El ingreso de procesados dementes en la institución y la construcción del pabellón de penados se estudiarán en un punto posterior de este mismo capítulo.

pararrayos¹⁴¹, en 1904 se construyó un salón para mujeres pensionistas y un depósito de cadáveres¹⁴² y cuatro años más tarde, en 1908, se edificó una nueva capilla con los donativos recaudados por la Superiora Sor Teresa Viver y Candell¹⁴³.

En paralelo a todas estas mejoras, desde el Estado se mantenía el proyecto de construcción de un nuevo asilo modelo. El 1 de noviembre de 1906 se publicó una Real Orden encargando al entonces Jefe Facultativo de Leganés, Ramón Ezquerro y Baig (-1911)¹⁴⁴, el *“estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas tomando como base y modelo los del extranjero, especialmente los de Alemania”*, en la provincia de Madrid. En la exposición de motivos de dicha publicación se alertaba del deficiente estado del Manicomio Nacional tal y como se puede leer en la siguiente cita:

*“Las cortas consignaciones que desde entonces (desde su fundación) han venido estableciéndose en los presupuestos generales del Estado, sólo han permitido acudir de un modo precario a las reparaciones indispensables para la conservación del edificio, no obstante las exigencias de población, siendo hoy del todo insuficiente para albergar el número de alienados que allí se reúnen, y careciendo, entre otras muchas cosas de la división necesaria a cada especie de enfermedad mental”*¹⁴⁵.

Este proyecto no llegó a materializarse, y, José Salas y Vaca (1877-1933)¹⁴⁶, médico que ejercería como Jefe Facultativo de la institución desde 1911 hasta 1929, a su llegada a la misma describía su estado ruinoso como:

*“Aislamiento y separaciones imposibles por falta de sitio y orden para agrupar psicópatas: todo viejo, la mayoría ruinoso; y lo único moderno, construido sin plan”*¹⁴⁷.

¹⁴¹ Concurso para la adjudicación del servicio de instalación de 13 pararrayos en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (20 de febrero de 1902). *Gaceta de Madrid*, 51, p. 758

¹⁴² Rodríguez-Torices, M. A. (1998). *Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain)*. Leganés. Madrid: Servicio Regional de Salud, Comunidad de Madrid, p.18.

¹⁴³ Arana del Valle, J. M. (1986). *Estudio arquitectónico del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Ordenación del Territorio, Medio Ambiente y Vivienda, p.23. La autorización para la construcción de una capilla nueva en el Manicomio fue aprobada por Real Orden de 16 de agosto de 1907. El arquitecto de la Beneficencia General, Carlos Luque, fue el encargado, de acuerdo con Sor Teresa Viver, Superiora de las hijas de la caridad, de realizar el proyecto, levantar el plano y calcular el presupuesto de las obras. La obra se presupuestó en 31360 pesetas y el 12 de octubre de 1908, se autorizaba la apertura de la capilla. Se puede consultar: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Imprenta de Fortanet, pp. 147-156. Sobre la figura de Sor Teresa Viver y Candell como Superiora de las hijas de la caridad en el Manicomio Nacional trataremos en el capítulo II del presente trabajo.

¹⁴⁴ En el capítulo II de la presente tesis doctoral se aborda el estudio de actividad de este neurólogo al frente de la institución.

¹⁴⁵ Real orden disponiendo se encargue al Jefe facultativo del Manicomio de Leganés y al Arquitecto de la Beneficencia general que practiquen el estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas. (1 de noviembre de 1906). *Gaceta de Madrid*, 305, p. 449. El proyecto de rehabilitación del palacio de Vistalegre se encargó al entonces arquitecto de la beneficencia, José Grasses Riera, uno de los arquitectos que había llevado a cabo reformas en el Manicomio. Arana del Valle, J. M. (1986), p.23 y Viota y Soliva, E. (1896), p.135, 155 y 162.

¹⁴⁶ El capítulo III de este trabajo se dedica íntegro al análisis de la figura de este neuropsiquiatra.

¹⁴⁷ Salas y Vaca, J. (1924a), p. 5.

De modo que, las obras y reformas siguieron sucediéndose en Leganés, especialmente durante la jefatura de este facultativo. Desde 1911, momento en que Salas llegó a la institución, hasta 1924, estas mejoras fueron, en opinión del neuropsiquiatra andaluz, muy escasas y consistieron en la construcción de un salón de recreo para mujeres pensionistas, la reforma de los pabellones de mujeres de beneficencia *“que sustituyó a una de las dependencias más vergonzosas del asilo”* y de distinguidos varones y la tan esperada resolución del expediente de abastecimiento de aguas potables en 1912¹⁴⁸. La escasez de agua era habitual en las instituciones psiquiátricas españolas a principios del siglo XX. En 1910, en el Manicomio de Ciempozuelos se intentó construir un pozo en diversas ocasiones sin que se llegara a conseguir el agua necesaria¹⁴⁹ y, dos años antes, se había edificado un depósito de agua de 1500 metros cúbicos en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat con el que se pudo asegurar *“los servicios de limpieza y balneación de todo el establecimiento”*¹⁵⁰. Conviene señalar que a principios del siglo XX las condiciones de salubridad de las ciudades españolas dejaban mucho que desear. Concretamente, en Madrid, en 1902, existían más de 3000 pozos negros, numerosos barrios en los que los sumideros carecían de sifones y más de 4000 casas sin suministro directo de aguas¹⁵¹.

Las obras del departamento de distinguidos varones, que contaba con una superficie de 532 metros cuadrados con dos plantas, *“a todas luces insuficiente para el número de enfermos que debería atenderse pues no da lugar más que a quince celdas en planta baja y a dos dormitorios generales en la principal”*, se proyectaron en el año 1920 con una ampliación que incorporaba parte del jardín hasta alcanzar los 645 metros cuadrados por un total de 83000 pesetas. Además de las mejoras en el pabellón de distinguidos, en el mismo proyecto se planificó una ampliación de los servicios de mujeres que aumentara el número de celdas con comedor general en la planta principal y la instalación de cocina, despensa y servicios en la planta baja, añadiendo a lo ya construido una superficie de 560

¹⁴⁸ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas, p.21. Salas denunciaba la escasez de crédito concedido durante estos años para las mejoras en el establecimiento, que ascendía a tan solo 500000 pesetas, el cual era similar a lo gastado cincuenta años antes, en 1866, para la adquisición de edificios y terrenos contiguos al manicomio para ampliar su perímetro. Salas y Vaca, J. (1924a), p.13. A pesar de la resolución del expediente de abastecimiento de agua potable, los problemas seguirían. Así, entre junio de 1932 y agosto de 1934, se solicitó la adecuación del alcantarillado y aumento del aporte de agua potable al día y en abril de 1934, el Alcalde ofertó sesenta metros cúbicos de agua potable al día, contratándose formalmente dicho suministro en agosto de 1934. Véase: Tierno, R. (2008). Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 97-129, p.125.

¹⁴⁹ Gayarre, M. (1912). Memoria del Manicomio de Ciempozuelos (1911). *Revista Frenopática Española*, 111, 71-89.

¹⁵⁰ Rodríguez Morini, A. (1910). Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Memoria médica correspondiente a los años 1908 y 1909 presentada a la Excm.a Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 8, 321-325.

¹⁵¹ Rodríguez Ocaña, E. (1994). La salud pública en España en el contexto europeo (1890-1925). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 11-27, p.12.

metros cuadrados, todo ello con un coste de 128000 pesetas¹⁵². A pesar de que estas obras se esbozaron en 1920, no hay constancia de su realización hasta el quinquenio posterior. Entre 1924 y 1929, además del perfeccionamiento de los servicios de higiene con la construcción de un balneario, la instalación de un lavadero mecánico y la reforma del pabellón de las hermanas de la caridad *“haciendo más habitables las antiguas buhardillas”*¹⁵³, se amplió el pabellón de distinguidos consiguiéndose un modesto aumento de plazas de pensionistas en ambos sexos¹⁵⁴, cuyas obras salieron a subasta pública por 108.985,97 pesetas en noviembre de 1926¹⁵⁵. Por último, se ha documentado la reforma del departamento de beneficencia en 1929, permitiendo así el aumento de 30 plazas de pobres¹⁵⁶. Como veremos, las reformas realizadas desde su inauguración permitieron ampliar la cifra de asilados en la institución que, a finales de siglo XIX se acercaba a los 200 internos y, en los años treinta albergaba casi 300¹⁵⁷.

Salas consideraba que la Dictadura de José Antonio Primo de Rivera había favorecido la celeridad de las reformas. A su juicio, el nombramiento de Macarrón como arquitecto para dirigir las obras de Beneficencia y Sanidad, era la causa de la buena marcha de las mismas¹⁵⁸. Posteriormente, entre los años 1929 y 1946 no se halla documentada la realización de ninguna otra obra en el Manicomio¹⁵⁹.

LA LEGISLACIÓN PSIQUIÁTRICA VIGENTE EN EL PRIMER TERCIO DE SIGLO

El Real Decreto de 19 de mayo de 1885

En las primeras décadas del siglo XX, y hasta la proclamación de la Segunda República, la asistencia psiquiátrica en España estuvo sujeta al Real Decreto de asistencia a los alienados firmado por Francisco Romero Robledo (1838-1906) el 19 de mayo de 1885. Esta ley supuso un salto cualitativo importante al regular el ingreso de los dementes que hasta

¹⁵² Dirección General de la Administración. Proyecto de presupuesto de 1920. Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00145, 4.

¹⁵³ Para más información sobre las obras de mejora en las dependencias de la comunidad de las hijas de la caridad realizadas por el arquitecto de la beneficencia general José Grasses Riera, se puede consultar: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.103.

¹⁵⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p. 20 y 22.

¹⁵⁵ Anunciando a subasta pública, por el tipo de pesetas 108.985,97, la contrata de las obras de ampliación del Departamento de enfermos distinguidos del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (17 de noviembre de 1926). *Gaceta de Madrid*, 321, p. 948.

¹⁵⁶ *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), pp.8-9.

¹⁵⁷ *Ibidem*. Los cambios poblacionales en la institución se estudian en el capítulo IV de esta tesis doctoral.

¹⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1929), pp.19 y 22.

¹⁵⁹ Rodríguez Torices, M. A. (1998). p. 19.

entonces se hacía según las normas de cada establecimiento¹⁶⁰. En la exposición de motivos se observa su carácter eminentemente burocrático y judicial así como la preocupación imperante por el hecho de que *“las diputaciones provinciales, los ayuntamientos y los particulares tengan a su cargo un gran número de locos que entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual (...) se promuevan con frecuencia litigios, y aún procedimientos criminales, por haber recluso sin razón, y con fines que atentan a lo moral a personas no declaradas judicialmente en estado de demencia”*¹⁶¹.

Los alienistas de la época fueron muy críticos con el Real Decreto desde su promulgación, al considerar que dificultaba y burocratizaba el tratamiento manicomial de los enfermos por establecer un complejo procedimiento administrativo y jurídico para tramitar el ingreso del paciente en el manicomio, en el que el médico quedaba relegado a un papel muy secundario. Las reprobaciones fueron inmediatas y estuvieron centradas en la demanda de una legislación en la que imperasen los criterios médicos sobre los administrativos¹⁶², así como una mayor flexibilidad desde el punto de vista jurídico para ingresar o dar de alta¹⁶³. Entre éstas destaca la solicitud de reforma del Real Decreto, realizada en julio de 1885 por parte de los propietarios de los Manicomios particulares¹⁶⁴. Desde el inicio de estas peticiones se observó una desatención completa por parte de las autoridades, como se puede ver en el “Real Decreto desestimando una instancia de varios Médicos Directores y propietarios de manicomios particulares en que pedían la reforma del Real decreto de 19 de Mayo de 1885 sobre observación y reclusión de dementes” publicado tan solo dos años más tarde, en enero de 1887. En la exposición de motivos de este decreto se describe cómo los profesionales solicitaban que para el ingreso en los manicomios particulares se necesitara tan solo la petición del pariente más próximo y una certificación firmada por dos facultativos y visada por el Alcalde, tras reseñar los interesados *“que el Real Decreto citado les considera como secuestradores”*. Esta solicitud, como el propio título del Real Decreto

¹⁶⁰ Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997), p.130.

¹⁶¹ Real Decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511. En líneas posteriores se realizarán apuntes sobre su contenido así como el modo en que se aplicó en el Manicomio de Leganés.

¹⁶² La primera protesta llegaría de la mano de Luis Dolsá a las pocas semanas de que el decreto fuera publicado en la *Gaceta*, en forma de exposición dirigida al Ministerio de la Gobernación, y acompañada de la firma de otros alienistas como Giné y Partagás, José María Esquerdo y Arturo Galcerán. Para poder acceder a algunos fragmentos de dicha exposición se puede consultar: Rodríguez Morini, A. (1928). Como ejemplo de otras denuncias véase: Galcerán y Granés, A. (1885). Consideraciones críticas sobre el Real decreto sobre la reglamentación de los manicomios. *Revista Frenopática Barcelonesa*, 5, 125–132; Giné y Partagás, J. (1886). De la necesidad de popularizar el conocimiento de la alienación mental. *La independencia médica*, 21, 237-243; Sereñana, P. (1886). Apuntes críticos sobre la vigente ley de dementes. *La independencia médica*, 21, 269-274; Galcerán y Granés, A. (1892). *El moderno manicomio de San Baudilio de Llobregat científicamente considerado*. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad.

¹⁶³ Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997), p. 30; Espino, J. A. (1980), p. 70.

¹⁶⁴ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC- Mº Interior, 1969/23.

indica, fue desestimada, si bien se añadió como novedad la posibilidad de que se pudiera aumentar el periodo de observación de seis a doce meses para los casos *“muy oscuros y difíciles”*¹⁶⁵.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX y casi sin interrupción, se sucederán los comentarios y críticas en artículos de revistas médicas, prensa política, academias científicas y congresos profesionales, exigiendo cambios en la legislación vigente y poniendo como punto de partida la medicalización del sistema¹⁶⁶. Destaquemos el trabajo de José Miguel Sacristán, “Plan para la reforma de la asistencia a los alienados”, editado en 1921 en la revista *Archivos de Neurobiología*, en el que el autor analizaba la legislación con detalle. En su opinión, poniendo como ejemplo las reformas alemanas, los cambios legislativos para facilitar el ingreso y la salida de los pacientes de los establecimientos psiquiátricos debían ir acompañados de un sistema de protección legal a los enfermos que les proporcionase socorro y asistencia pública y de una total y absoluta medicalización, de manera que el manicomio no se diferenciase de un hospital¹⁶⁷. Se evidencia como persistía la resistencia gubernativa a ceder la responsabilidad en los médicos, ya señalaba por Comelles para el siglo anterior, *“en el ánimo del legislador durante el siglo XIX, hubo una evidente resistencia a aceptar la influencia o monopolio de los médicos sobre ese campo hasta el punto de que en la legislación el poder de decisión en relación con la alienación*

¹⁶⁵ Real orden desestimando una instancia de varios Médicos Directores y propietarios de manicomios particulares en que pedían la reforma del Real decreto de 19 de mayo de 1885 sobre observación y reclusión de dementes. (29 de enero de 1887). *Gaceta de Madrid*, 29, pp. 296-297. Las sucesivas modificaciones a la ley, lejos de atender a las solicitudes de los profesionales, burocratizarán aún más el proceso de ingreso de los pacientes en los Manicomios. Véase: Real orden confirmando nuevamente lo dispuesto en el art. 5º del Real decreto de 19 de mayo de 1885 respecto al ingreso de alienados en los Manicomios. (27 de noviembre de 1903). *Gaceta de Madrid*, 331, p. 749 y Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p.1053.

¹⁶⁶ Rodríguez Méndez, R. (1905). *El ingreso en los Manicomios desde el punto de vista médico-legal. Conferencia dada en la Real Academia de jurisprudencia y Legislación de Madrid el 25 de abril de 1903*. Barcelona: Tipografía La Académica; Mas Casamada, J. (1912). *El Manicomio Moderno*. Gerona: Dolores Torres; Sacristán, J. M. (1921); Torras, O. (1923). Las modernas orientaciones de la asistencia de los enfermos mentales. *Psiquiatría*, 2(1), 21-27; Sforcada, M. y Busquet, T. (1926). Necesidad urgente de una revisión de la legislación relativa a alienados. *Archivos de Neurobiología*, 11, 179-188; Rodríguez Morini, A. (1928). En esta publicación, Antonio Rodríguez Morini, admite tan solo dos situaciones en las que el médico pudiera tener restricciones en su quehacer profesional: cuando se trate de alienados recluidos judicialmente por haber cometido un delito, en los que habría que solicitar la orden de salida del Manicomio a la autoridad judicial, y cuando el enfermo pudiera resultar peligroso para sí mismo o para la sociedad, caso en el que se solicitaría la orden de salida a la autoridad gubernativa que lo recluyó, siempre a propuesta y bajo la responsabilidad del director del establecimiento donde estuviera internado dicho paciente; Escalas Real, J. y Villacian, J. M. (1930). Cómo debe ser el régimen interior de los manicomios provinciales. *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 13, 149-152; Sacristán, J. M., Rodríguez Lafora, G. y Escalas Real, J. (1930). Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 32, 681 - 685. Este anteproyecto sería la base para el Decreto de asistencia a los alienados aprobado el 3 de julio de 1931 tras la proclamación de la Segunda República española. En el texto se recogían los principios votados con anterioridad en la reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en Barcelona en el año 1926, donde se introducían los servicios cerrados y abiertos, los ingresos y salidas por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa y judicial, dándose un carácter netamente médico a la ley frente a las disposiciones del decreto de 1885. También se puede consultar: Campos, R. y Huertas, R. (1998), trabajo en el que los autores realizan una aproximación a los factores que influyeron en el desarrollo de la asistencia y legislación psiquiátrica española de las primeras décadas del siglo XX.

¹⁶⁷ Sacristán, J.M. (1921).

*osciló entre las competencias atribuidas a las familias y las que se reservaron las autoridades judiciales y gubernativas*¹⁶⁸.

Esta posición se prolongaría en las siguientes décadas y ejemplo de la misma es la publicación, el mismo año en que Sacristán sacó a la luz su plan de reforma, de una Real Orden cuyo objetivo no era más que el exigir el cumplimiento de la legislación de 1885¹⁶⁹. No sería hasta 1925, cuando se objetivara por parte de las autoridades cierta "sensibilidad" a todas estas reivindicaciones. En la *Gaceta* de 29 de julio de 1925, se decía textualmente:

*"Uno de los problemas más descuidados de España es, sin duda alguna, el referente al diagnóstico y asistencia a los alienados. La Psiquiatría no se estudia o se estudia defectuosamente en las Facultades, (...), la legislación es anticuada y en desacuerdo con las modernas tendencias científicas, los Manicomios (...) no disponen de personal apto y de servicios apropiados (...) El personal subalterno (...) resultan faltos de instrucción y vocación (...)"*¹⁷⁰.

Terminaba la exposición nombrando a una Comisión encargada de proponer en el plazo máximo de tres meses *"los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alienados y la enseñanza en psiquiatría, y (...), la vigente legislación sobre enfermos de la mente"*¹⁷¹.

A pesar del talante reformador de dicha iniciativa gubernamental, eco de las presiones que se ejercían cada vez con más fuerza por parte de los psiquiatras, no se llegó a promulgar ningún cambio legislativo hasta la puesta en marcha de las reformas republicanas.

La excepcionalidad de los ingresos en observación

Si bien no es nuestro objetivo realizar un análisis detallado del Real Decreto de 1885, nos interesa poner de manifiesto en qué medida, en el Manicomio de Leganés se cumplieron con los requisitos que exigía esta legislación.

¹⁶⁸ Comelles, J. M. (1988), p.45.

¹⁶⁹ Real orden disponiendo que las Diputaciones, Ayuntamientos o Directores de Manicomios particulares, para culminar presuntos elementos en observación, en los Establecimientos que de ellos dependan y estén consagrados a tal objeto, se exija con el mayor rigor la documentación que se expresa. (4 de noviembre de 1921). *Gaceta de Madrid*, 308, pp. 402-404.

¹⁷⁰ Real orden nombrando una comisión encargada de proponer, en el plazo máximo de tres meses los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alineados y la enseñanza de la Psiquiatría, y para reformar en el mismo sentido la vigente legislación sobre enfermos de la mente. (29 de julio de 1925). *Gaceta de Madrid*, 210, p. 661. La Sección técnica de dicha comisión estará integrada por Francisco Murillo y Palacios (1865-1944), director general de Sanidad y Académico, como presidente de la misma y Quintiliano Saldaña y García-Rubio (1878-1938), Profesor de la facultad de Derecho y César Juarros, Médico-Director de la Escuela de Anormales, como vocales.

¹⁷¹ Ibidem.

El decreto establecía que los alienados podían ingresar en dos modalidades: en observación y en reclusión definitiva (artículo 1). Para el ingreso en observación se necesitaban una certificación facultativa expedida por dos doctores o licenciados en medicina, visada por el subdelegado de esta facultad en el distrito (el cual no estaba exigido de reconocer al enfermo) e informada por el Alcalde, a la que había que adjuntar la instancia solicitando el ingreso del pariente del paciente más cercano. Todo ello debía presentarse en las oficinas de la Diputación para que la Comisión Provincial acordara la admisión del presunto enfermo (artículo 3)¹⁷². En el caso de que la reclusión fuera tan urgente que no pudiera esperar a todos los trámites previamente expuestos, la orden de ingreso podía ser expedida por el Gobernador, instando en todo momento a la obligación de seguir el expediente del caso en el Juzgado.

Una vez completo el expediente y establecida la necesidad de internamiento, éste era ordenado por el Director General de Beneficencia, el cual concedía al enfermo un turno de ingreso en Santa Isabel en función de la clase en la que solicitaba el internamiento. A partir de ese momento, la administración del Manicomio se encargaba de avisar, tanto a los interesados, como a la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, del momento en que quedara plaza disponible, en el caso de que al hacerse la concesión de la misma, no hubiera vacante¹⁷³.

En un 68% de las historias clínicas se ha registrado la presencia del documento que desde la Dirección General de Beneficencia se remitía al Administrador depositario del manicomio comunicando la concesión de plaza en el mismo, dato algo superior al observado en épocas posteriores de la institución¹⁷⁴. Hay además, un 1,2% de las historias clínicas que contienen un documento mediante el cual la administración del establecimiento informaba a la Dirección General de Beneficencia del momento en que quedaba libre la plaza

¹⁷² Espino, J. A. (1980), p. 65.

¹⁷³ Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (15 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450. Artículos 52, 56, 57 y 58. A partir de aquí se citará como Reglamento orgánico de 1885.

¹⁷⁴ Entre 1931 y 1936 las notificaciones de ingreso han podido ser registradas en 17 de 93 historias, lo que corresponde a un 18% del total, durante el periodo bélico se han encontrado en el 10% del total y entre 1936 y 1952 en el 49% del total de historias revisadas. Es importante señalar que a partir de la promulgación del Reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel en 1941, que sustituiría al editado en 1885, el Jefe Facultativo de la institución no estaba en la obligación de enviar notificación de ingreso al Gobernador de la Provincia. Véase: Vázquez de la Torre, P. (2008). *Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés*. *Frenia*, 8, 69-96, p.81; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p. 106 y Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, pp. 38 y 41; Reglamento orgánico de 1885; Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941. (3 noviembre de 1941). *Boletín Oficial del Estado*, 311, pp. 8697-8701. A partir de ahora se citará como Reglamento orgánico de 1941.

(concretamente, la comunicación era realizada por la Junta de Patronos de la institución). Posiblemente esta documentación quedara en la Dirección General.

A finales del siglo XIX se editó un Real Decreto que modificaba el artículo 2º del decreto de 19 de mayo de 1885 por el que se establecía que *“en ningún caso serán admitidos dementes en observación en los establecimientos de Beneficencia General, pero podrán ingresar en los provinciales, municipales y particulares”*. Así mismo, también se cambiaba el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Manicomio Nacional de Leganés para que pudieran ser admitidos dementes en observación en la institución. Esta modificación fue aprobada, ante la petición Junta de Patronos del Manicomio de Leganés, *“por la dificultad que opone la tramitación previa de un expediente judicial, siempre largo y costoso”*¹⁷⁵. Se hizo por tanto una excepción, y así lo mencionan en la exposición de motivos del Real Decreto, con el Manicomio de Santa Isabel, debido a que *“siendo el de Santa Isabel de Leganés, el único Establecimiento que la Beneficencia General tiene organizado como hospital de locos, la intervención del Gobierno en él es más directa y eficaz que en los otros, pudiéndose por tanto corregir instantáneamente cualquier abuso o transgresión legal que intentare cometerse”*, reconociendo, por otra parte *“la necesidad de que existan Establecimientos en que puedan ingresar los enfermos en observación”*.

A partir de junio de 1908 comienza a aparecer en las historias clínicas (32% de las mismas) un documento que desde la administración del Manicomio se enviaba a la Alcaldía de Leganés notificando el ingreso del paciente. Así mismo, desde la alcaldía se solía cursar un acuse de recibo de dicha notificación. Sin duda, la emisión de este documento no registrado previamente, que disminuyó de forma notable a partir de 1925 para desaparecer cuatro años más tarde, estaba en relación con la Real Orden de 2 de junio de 1908, en la que se exponía que *“en todos los establecimientos para la curación de dementes se da el caso, (...), de que transcurra el término legal sin que las familias formalicen la reclusión (...) y permanezcan años y años en observación”*. Así mismo, se disponía que, *“si transcurrido un mes desde el ingreso del paciente en observación, los Directores del establecimiento que no tuvieran conocimiento de que se hubiera incoado el expediente judicial de reclusión definitiva, darán nuevo parte a las Autoridades Locales o provinciales”*¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Real decreto modificando el art. 2º del Real decreto de 19 de mayo de 1895 y su concordante el 53 del reglamento por que se rige el manicomio de Santa Isabel de Leganés. (2 de mayo de 1895). *Gaceta de Madrid*, 122, pp. 409-410.

¹⁷⁶ Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p.1053.

La mayor parte de los ingresos en el Manicomio de Leganés se hicieron en régimen de observación, esto es, sin haber tramitado el expediente judicial necesario para la reclusión definitiva¹⁷⁷. En 215 de los 1041 ingresos realizados en la institución entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931 (20,6% del total), se tramitó el internamiento definitivo. Una cuarta parte (5,8%) tenía el expediente judicial resuelto en el momento de la institucionalización, mientras que el resto cambió su situación administrativa de "observación" a "definitiva" durante la hospitalización. Así mismo, la mitad (11% del total), conserva el documento expedido por el Ministerio de la Gobernación autorizando la reclusión en definitiva, bien desde el inicio del ingreso, bien a lo largo del mismo. Conviene recordar que, la legislación vigente disponía que en el momento del internamiento en calidad de "observación" debía comenzar a tramitarse el expediente de reclusión definitiva, a fin de que expirado el plazo de tres meses, o de seis en casos dudosos, se expidiera por el facultativo del manicomio el certificado médico informativo¹⁷⁸, periodo que dos años después se aumentó, como se ha comentado, a un año *"para los casos oscuros y difíciles"*¹⁷⁹.

Del análisis de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados entre 1900 y 1931, podemos concluir que la gran mayoría de los mismos superaban con creces este periodo máximo de observación contemplado por la ley. Así, si tomamos aquellas historias en las que se encuentra la documentación completa (es decir, aquellos pacientes en los que consta que ingresaron en observación y posteriormente se tramitó el ingreso en definitiva, N=154), la media de estancia en observación triplicaba lo establecido por la ley (3,6 años, DE 2,72) siendo la mínima de cerca de 5 meses (0.4 años) y la máxima de más de 17 años. Este incumplimiento de la legislación era conocido por las autoridades gubernamentales¹⁸⁰, y se ha documentado también en otras instituciones como el Manicomio de Valencia¹⁸¹. Sin embargo, la ley no mejoró el control de los ingresos y en una Real Orden publicada el 4 de

¹⁷⁷ Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p.511. Artículo 7.

¹⁷⁸ *Ibidem*. Artículo 6.

¹⁷⁹ Real orden desestimando una instancia de varios Médicos Directores y propietarios de manicomios particulares en que pedían la reforma del Real decreto de 19 de mayo de 1885 sobre observación y reclusión de dementes. (29 de enero de 1887). *Gaceta de Madrid*, 29, pp. 296 a 297.

¹⁸⁰ En la exposición de motivos de la Real Orden de 2 de junio de 1908, se admitía que había *"individuos que permanecen años y años en observación"* sin *"incapacidad mental declarada"*. Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p.1053.

¹⁸¹ En 1908, en la institución valenciana, a raíz de la revisión de 700 expedientes, se objetivaron 92 casos en los que faltaba la instrucción del expediente judicial y 28 casos en los que se había cumplido el plazo máximo de observación sin que estuviesen instruidas las correspondientes diligencias judiciales. Consúltase: Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia, p.445.

noviembre de 1921, se describían de nuevo los *“abusos que se vienen cometiendo en esta materia, en la mayoría, por no decir en todas las provincias”*. Así mismo, se exigía el cumplimiento de la ley, limitando la comunicación de ingreso del paciente por parte de las instituciones al plazo de tres horas desde su internamiento y estableciendo la inspección de los Manicomios cada dos meses¹⁸². Previamente a esta fecha no tenemos constancia de que hubiera un número obligado de visitas por parte de la Inspección.

Los ingresos en reclusión definitiva

Con bastante frecuencia, los expedientes de reclusión definitiva se tramitaban para varios pacientes de forma conjunta y en la misma fecha, llegando a internarse de forma definitiva a un total de 16 pacientes el 28/02/1910 o de 13 pacientes el 10/07/1920. Estos internos no necesariamente habían ingresado en épocas similares ni tenían datos clínico-administrativos en común.

Si analizamos la evolución de los ingresos que fueron tramitados como “definitivos” bien desde el principio de la hospitalización o bien a lo largo de la misma (N=215), vemos como éstos fueron más numerosos en el año 1910 con 25 reclusiones en definitiva, el año 1920 con 44 y 1926 con 22 hospitalizaciones en las que se tramitó el internamiento definitivo (figura 1). Por el contrario, hubo años en los que este trámite administrativo-judicial quedó registrado en las historias clínicas de forma muy poco frecuente, desconociendo el origen de estas discrepancias.

¹⁸²Real orden disponiendo que las Diputaciones, Ayuntamientos o Directores de Manicomios particulares, para culminar presuntos elementos en observación, en los Establecimientos que de ellos dependan y estén consagrados a tal objeto, se exija con el mayor rigor la documentación que se expresa. (4 de noviembre de 1921). *Gaceta de Madrid*, 308, pp. 402-404.

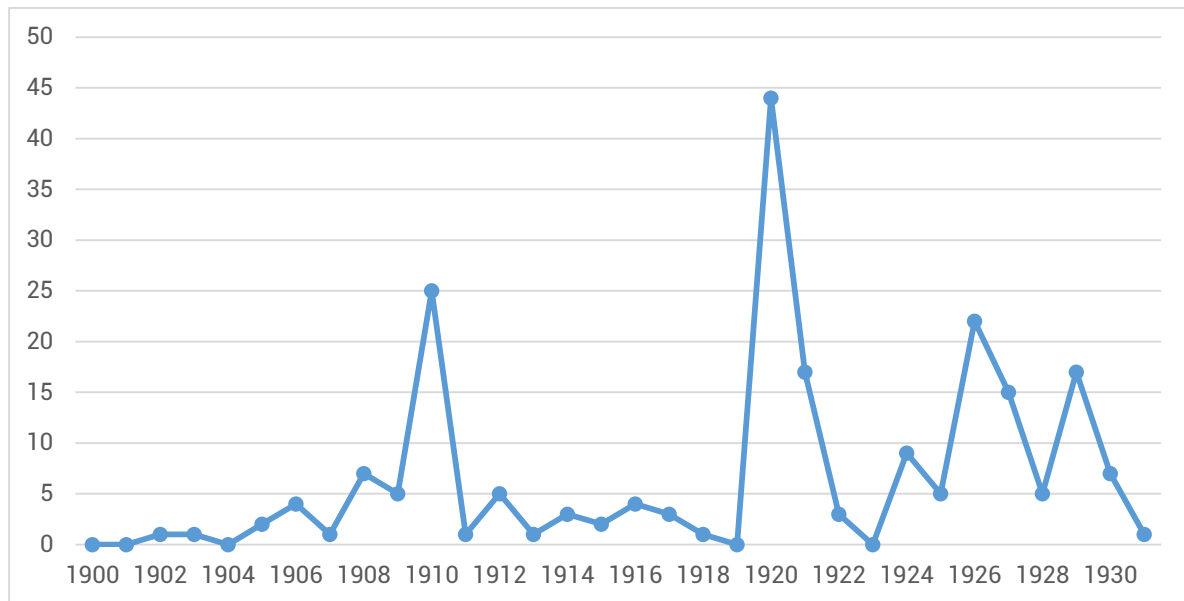


Figura 1. Evolución temporal de los ingresos en definitiva en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

En la figura 2 se observa cómo la mayor parte de los pacientes con una situación administrativa “definitiva”, habían ingresado previamente en observación, diferencias que desaparecen en el quinquenio de 1926-1931.

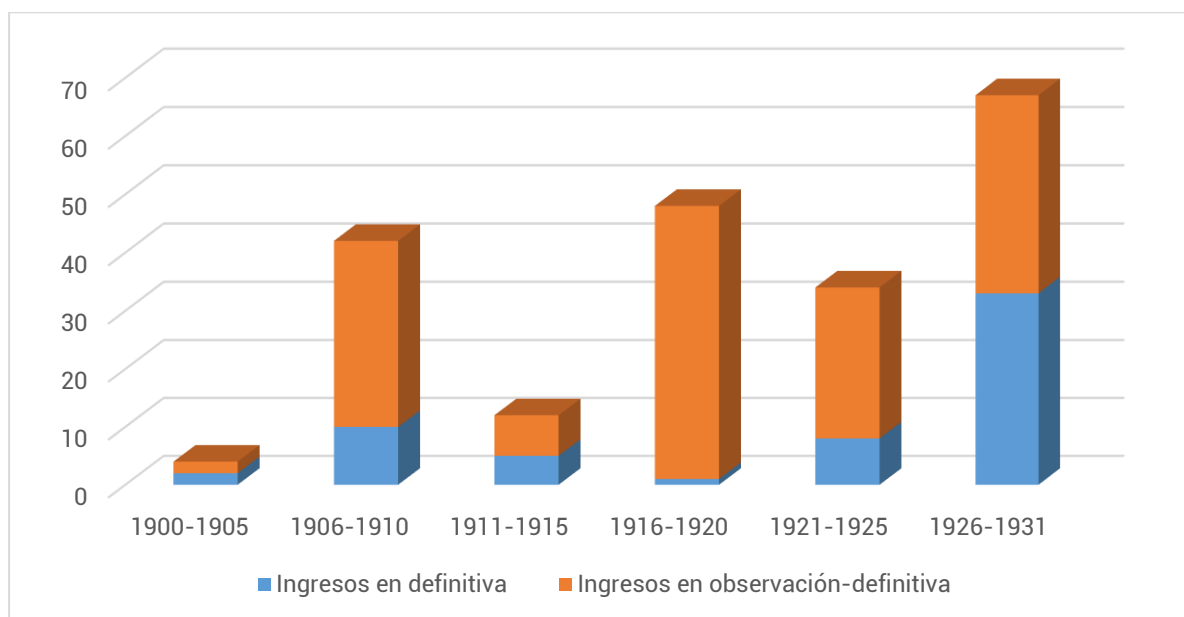


Figura 2. Diferencias entre el número de ingresos directos en definitiva y los que se realizaron en observación y posteriormente pasaron a definitiva en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

La mayoría de los pacientes que precisaban reingresar, lo hacían en reclusión definitiva, ajustándose de este modo a lo que establecía el Reglamento. Conviene señalar que en el artículo 4 del Real Decreto de 1885 se establecía que la observación solo podía llevarse a

cabo en una ocasión, por lo que si el paciente precisaba reingreso por presentar *"nuevos signos de demencia"*, sería necesario instruir el oportuno expediente judicial¹⁸³.

No hemos encontrado copia de los expedientes judiciales de reclusión definitiva en las historias clínicas¹⁸⁴. Así mismo, no se ha encontrado en ninguna historia el certificado médico expedido por dos facultativos y justificativo de la necesidad de ingreso, necesario para la tramitación del mismo. Aunque hay un total de 65 historiales en los que se ha registrado la presencia de certificados facultativos en relación al estado del paciente, 27% de los cuales (18 casos) ingresaron o pasaron durante el ingreso, a reclusión definitiva, no podemos asegurar, ante la falta de datos disponibles, que dichos certificados se emitieran para la tramitación del expediente judicial.

Probablemente este documento quedara archivado en la Dirección General, ya que estos certificados médicos sí se han hallado en los expedientes administrativos de ingreso en el Manicomio Nacional conservados en el Archivo General de la Administración¹⁸⁵. Así, por ejemplo, hemos registrado un certificado emitido por Jaime Vera y López (1859-1918), entonces "médico de número Profesor del departamento de enagenados (sic)" del Hospital General, en enero de 1905 sobre G. una mujer de 47 años que padecía *"enagenación mental (sic), de curso crónico, con delirio dominante de persecuciones; y violenta excitación ninfomaníaca"*, a la que se le concedió el ingreso en la institución con el turno número 3¹⁸⁶. Desconocemos el momento en que esta paciente fue internada ya que, con los datos disponibles, no podemos saber a qué historia clínica corresponde.

En algunas ocasiones, se han hallado notas manuscritas en el documento de notificación de ingreso con los nombres de los médicos que justificaban el estado de alienación mental del paciente. Este dato contrasta con la documentación hallada en épocas posteriores, como por ejemplo en la posguerra, en la que este documento se encontraba en el 93% de las historias¹⁸⁷, diferencia que probablemente se relacione con el cambio de legislación ya que, a partir del 3 de julio de 1931, entraría en vigor el Nuevo Reglamento para la Asistencia

¹⁸³ Real Decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511.

¹⁸⁴ Estos debían conservarse en el expediente relativo al paciente del Ministerio de la Gobernación, dado que si se conservan algunos de estos autos judiciales de reclusión definitiva en el Archivo General de la Administración. Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00235, 3.

¹⁸⁵ Archivo General de la Administración. Legajos: 44/00297, 8; 44/00303, 1.

¹⁸⁶ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00297, 8.

¹⁸⁷ Conseglieri, A. (2013), p. 37.

a los Alienados¹⁸⁸. Es probable, por tanto, que la recogida de esta información no estuviera sistematizada en nuestro periodo de estudio.

Además de los ingresos tramitados desde el Ministerio de la Gobernación-la modalidad más común-, hemos encontrado otras formas de hospitalización como las once admisiones por "orden militar", que quedaban al margen de lo establecido por la ley, ya que en el artículo 15 del Real Decreto de mayo de 1885 se disponía que el Ministerio de la Gobernación debía autorizar la reclusión de los individuos del ejército *"puesto que cesando respecto de ellos la jurisdicción de guerra (...) su admisión en los manicomios queda sujeta a los mismos trámites establecidos en la jurisdicción civil"*¹⁸⁹. Los casos ingresados por orden militar eran militares de diverso rango que provenían principalmente del Hospital Militar aunque dos de ellos fueron trasladados desde Manicomio de Sant Boi de Llobregat y uno del Instituto Pere Mata de Reus. Seis de ellos fueron dados de alta por defunción, dos por petición familiar, uno por traslado al sanatorio del Dr. Esquerdo y el último por evasión¹⁹⁰. Esta modalidad de ingreso fue muy frecuente durante la Guerra Civil y prácticamente desapareció en la posguerra¹⁹¹.

Hasta la entrada en vigor del Decreto de asistencia a los alienados de 1931 no se regularía la posibilidad de ingresar por propia voluntad, sin embargo, hay que destacar que se ha registrado un varón diagnosticado de locura pelagrosa, admitido en el Manicomio el día 16 de septiembre de 1907 "por propia voluntad"¹⁹². Este enfermo, ingresado en beneficencia, falleció por una infección gastrointestinal el 9 de diciembre de 1908. En la historia constan cinco anotaciones evolutivas del estado clínico del paciente¹⁹³ y tan solo se conserva la

¹⁸⁸ Decreto para la asistencia a los enfermos mentales (2000). [1931]. El nuevo Decreto constaba de una introducción y de tres grandes apartados, con un total de 35 artículos en el que se señalaban, además, medidas de protección a los enfermos. El primer apartado titulado Disposiciones Generales trataba sobre la universalidad de la asistencia psiquiátrica, definiendo los conceptos de establecimiento público y privado, carácter abierto o cerrado. El decreto reguló tres modalidades de ingresos psiquiátricos: ingreso por propia voluntad, por indicación médica o involuntaria y por indicación gubernativa o judicial. Se ha señalado el ingreso voluntario como una de las aportaciones más significativas del decreto republicano en el que, además del certificado emitido por un médico colegiado, se adjuntaba una declaración firmada por el propio enfermo indicando su deseo de ser tratado en el centro. El ingreso por indicación médica o involuntaria exigía el certificado médico por un facultativo colegiado. El ingreso por orden gubernativa para observación debía ser a juicio de un facultativo y no podía prolongarse más de un día sin ser justificado mediante informe médico del director del establecimiento o, en caso de duda, por el médico forense. El ingreso por orden judicial se disponía por la autoridad judicial correspondiente.

¹⁸⁹ Real Decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511.

¹⁹⁰ Historias clínicas XX-64, 168, 242, 259, 260, 363, 481, 535, 621 y 629. Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. En adelante se citará bajo la abreviatura IPSSM.

¹⁹¹ Una información más amplia se puede consultar en Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 105; Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 37-39. El Decreto del 3 de julio de 1931 no incluía entre las posibilidades de admisión el ingreso por "orden militar".

¹⁹² Historia clínica XX-211. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

¹⁹³ En el artículo 13 del Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885 se disponía que el facultativo debía anotar en los días 13 y último de cada mes. La escasez de registros evolutivos ya ha sido descrita en otros trabajos que abordan periodos previos en el manicomio y posteriores. Así se ha visto para los periodos de 1877-1879 en que el manicomio estuvo bajo la dirección de Luis Simarro Lacabra: Moro, A. y Villasanté, O. (2001). La etapa de Luis Simarro en Leganés. *Frenia*, 1(1), 97-119; y para el periodo 1924-1936 en que Fernández Sanz trabajó en la institución como

hoja de entrada y vicisitudes, de donde se ha tomado la información sobre el carácter “voluntario” del ingreso¹⁹⁴. A pesar de la nueva regulación, los ingresos voluntarios siguieron siendo anecdóticos, puesto que en las dos décadas posteriores al Decreto de 1931 tan solo se ha registrado un caso en el que el paciente solicitara su ingreso¹⁹⁵.

En relación a las salidas de los pacientes de los establecimientos psiquiátricos, el Decreto, en su artículo 13, disponía que los directores debían informar del alta al Gobernador o al Alcalde en el plazo de 24 horas “*con expresión de la causa que la motivó, cualquiera que sea esta*”, sin especificar distintos motivos de alta o regular las salidas temporales¹⁹⁶. En las historias clínicas de la población internada en nuestro periodo de estudio no hemos encontrado la comunicación del alta de los pacientes de manera regular. A pesar de que en el 4,5% (46 historias clínicas) de los pacientes que ingresaron hemos hallado un documento dirigido al Gobernador comunicando el alta definitiva del paciente, en otros casos el alta era notificada al juez (35 pacientes, uno de los cuales se fugó), en tres ocasiones se informó del fallecimiento de pacientes por suicidio y en ocho se comunicó el alta por traslado a otras instituciones psiquiátricas. Así mismo, hemos encontrado dos certificados facultativos en los que el médico del establecimiento proponía el alta.

En cualquier caso, mientras que en relación a la admisión de pacientes podemos encontrar una documentación que se ajustaba a la ley vigente y que se emitía de forma más o menos regular, no ocurre lo mismo para las salidas de los pacientes del manicomio, situación administrativa que, además de no estar claramente regulada en el decreto de 1885, no se asociaba a la emisión de documentos informativos de la misma en la mayoría de los casos.

médico consultor y posteriormente como médico facultativo, donde la media de evolutivos no superaba los cinco registros: Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas en el Manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN, p.211; Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp.329-345). Madrid: CSIC y Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 66. En el capítulo IV de este trabajo se aborda esta cuestión con mayor detalle.

¹⁹⁴ La “Hoja de entrada y vicisitudes”, analizada en el capítulo IV de la presente tesis doctoral, es un documento vigente desde el siglo XIX que se puede encontrar en toda la historia del manicomio y en el que se recogían datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes.

¹⁹⁵ Historia clínica XX-1090. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Se trata de un paciente que ingresó de manera voluntaria el 2 de diciembre de 1935 con diagnóstico de epilepsia, a pesar de que en su historia clínica no se encontró la firma del enfermo, exigida por el Decreto de 1931 en este tipo de ingresos. Véase: Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre (2007a), pp. 336-338 y Tierno, R. (2008), p.106.

¹⁹⁶ Posteriormente, el Decreto de 1931 se ocuparía de regular las altas, permisos, fugas y reingresos de forma más detallada y en función de cómo hubiera sido la admisión del paciente. Véase: Nuevo decreto para la asistencia a los enfermos mentales. (2000). [1931]. Artículos 27-35.

La irregularidad en el envío de documentación se ha registrado también en épocas posteriores de la institución¹⁹⁷.

FUNCIONAMIENTO Y RÉGIMEN INTERNO DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

De las primeras reglas higiénicas del Manicomio al Reglamento Orgánico de mayo de 1885

Desde la inauguración del Manicomio de Leganés, se trató de reglamentar su funcionamiento a través de normas que organizarían la vida dentro de la institución. Si los primeros pacientes ingresaron el 24 y 25 de abril de 1852¹⁹⁸, tan solo unos días más tarde, el 5 de mayo de 1852, Melchor Ordóñez, gobernador de la provincia, dictó una Orden Orgánica estableciendo cuestiones de disciplina y orden¹⁹⁹, en las que se concedía una gran cantidad de prerrogativas y competencias a la Superiora de las hijas de la caridad en detrimento de la función del médico, el cual no era mencionado en ninguna de las 14 disposiciones. Este escaso poder otorgado a la figura del médico determinaría, al menos en parte, en opinión de Olga Villasante, el carácter benéfico-asilar de la institución²⁰⁰, y la distinguiría de sus homólogas francesas, país donde, en paralelo a la expansión de las prácticas médicas, había empezado un mayor reconocimiento de la función del médico-director en los asilos psiquiátricos²⁰¹. Tres años más tarde, en 1855, José María Miranda de

¹⁹⁷ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.105; Vázquez de la Torre, P. (2008), pp. 76-81; Conseglieri Gámez, A. (2013), pp. 38-39.

¹⁹⁸ Según consta en los libros de entradas y salidas de enfermos en observación del Manicomio de Santa Isabel, manuscritos que se encuentran depositados en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain, el día 24 de abril de 1852 ingresaron 22 mujeres y el día 25 de abril, 22 hombres, la mayoría procedentes del Hospital General de Madrid. Véase: Villasante, O. (2002), p.141.

¹⁹⁹ Estas disposiciones pueden consultarse en Viota y Soliva, E. (1896), pp.31-32. También han sido reproducidas por Espinosa, J., Balbo, E y Peset, J. L (1994), pp.23-24 y Mendiguchía Carriche, A. (1955), p. 937.

²⁰⁰ Villasante, O. (2008), p.35. Josefa Albusa (1814-1880), primera Superiora de las hijas de la caridad, estuvo al cargo de la administración total del Manicomio durante los tres primeros años de su existencia. Sin embargo, estas hermanas no serían el único elemento religioso de la casa. De hecho, sus tres primeros jefes, todos presbíteros, recibirían el nombre de Rectores en vez de Directores y estaban retribuidos con 8000 reales (2000 pesetas) el doble de lo asignado al Jefe facultativo. Viota y Soliva, E. (1896), pp.31 y 126. Esta situación no pasó desapercibida por los profesionales de la época, así Raimundo Monasterio y Correa que visitó el establecimiento en 1851 se mostró contrario a que la dirección del mismo no estuviera en manos del personal médico. Monasterio y Correa, R. (1851), p.166.

²⁰¹ Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta, p.166. En España, podemos citar al Manicomio de Pamplona como una excepción en este aspecto, ya que desde su fundación en 1904, estuvo dirigido por médicos. Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud, p.164.

la Paz²⁰², el primer médico de la institución, estableció las Reglas Higiénicas del establecimiento, primeras normas para el cuidado de los enfermos mentales que se conocen en España. Dictadas el 20 de agosto de 1855, se estructuraban en 16 artículos e incluían cuestiones que organizaban la vida diaria de los pacientes, como los horarios, higiene de los asilados y sus instalaciones, alimentación y vestimenta²⁰³. Este mismo facultativo redactó en 1858, junto al visitador de la casa Pedro Gómez de la Serna, un proyecto de Reglamento que sería la base de los que posteriormente se promulgaron y que, además de regular la higiene, vestimenta y alimentación de los enfermos, introducía novedades como la división en clases de los asilados, la forma de admisión y salida de los mismos o las funciones del personal de la casa²⁰⁴. Así, por primera vez, se reconocía la autoridad del médico en todo lo que se refería a la higiene, costumbres habituales y tratamiento pudiendo autorizar o negar las visitas a los pacientes, determinar *“el grado de libertad interior y exterior”* de los mismos o proceder a la salida del alienado en caso de considerar su curación²⁰⁵, funciones que probablemente interfirieran con las de la Superiora de las hijas de la caridad, a quién, como se ha expuesto, se le había otorgado mucho poder. A pesar de los intentos de formalizar este proyecto por parte de otros visitadores de la citada junta como Pedro Felipe Monlau (1808-1871) que, en 1867, se había ofrecido a formularlo, no llegó a materializarse en un documento oficial²⁰⁶.

²⁰² José María Miranda de la Paz fue designado el 23 de abril de 1852, por Melchor Ordóñez con dos nombramientos: médico titular de la villa de Leganés y médico del hospital de dementes de Santa Isabel. Su función era la de atender a los acogidos y a los trabajadores de la casa. Sin experiencia previa en patología mental, ocupó la plaza de médico del establecimiento durante 22 años y hasta su fallecimiento en 1873. En el momento de su nombramiento tan solo se le dio el título de “médico-cirujano”. Cuatro años más tarde, el 1 de enero de 1856, recibiría el de “médico especial”, por lo que recibió un aumento de sueldo que fue aprobado por Reales Ordenes de 26 de noviembre de 1859 y 14 de abril de 1860 y, al formarse en 1859 el escalafón de personal facultativo de beneficencia general pasó a formar parte de él. Según Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario del Manicomio desde el 16 de mayo de 1884, a *“él se debieron muchas de las importantes reformas que fueron elevando el crédito de la casa”* ya que además de establecer las primeras Reglas Higiénicas para el cuidado y asistencia de los enfermos del manicomio, educó un cuerpo especial de enfermeros y criados y realizó la primera Memoria histórico-estadística de los tres primeros años de existencia del manicomio. Sin embargo, también se le atribuyeron un par de cuestiones que ensombrecerían su imagen: por una parte, se le responsabilizó de la rudeza de los tratos impuestos a los pacientes que, en alguna ocasión, llamaron la atención de la Junta General de Beneficencia y por otra, se beneficiaba del negocio de las “casas de reclusión”, las cuales si bien estaban permitidas desde la ley de 1822, no estaban sujetas a la inspección superior. En 1873, bajo el ministerio de Pi i Margall, se pidieron datos de estas casas, resultando cinco en Leganés, una de las cuales era la del propio Miranda. Consultese: Viota y Soliva, E. (1896), pp. 49 y 139-140.

²⁰³ Se pueden consultar en Viota y Soliva, E. (1896). pp.43-45.

²⁰⁴ Este proyecto de reglamento dividía los asilados en tres clases: pensionistas, medio pensionistas y pobres, sin establecer número de plazas pero sí el precio de la pensión en 12 y 6 reales diarios respectivamente. Así mismo, detallaban las funciones de la junta general a la que consideraba como *“única que manda y rige el establecimiento”*. Entre las competencias atribuidas al vocal visitador destaca la obligación de presentar anualmente a la junta general una memoria o informe, que ésta elevaría al Ministerio de la Gobernación, *“en que se notaran los abusos que deben reformarse, las mejoras que deben introducirse, las obras que se han de poner en ejecución y del mismo modo la notificación de la conducta (...) y capacidad de cada uno de los empleados”*. Además de estas funciones, estableció las del director, médico, practicante, hijas de la caridad, capellán y practicante. Se pueden consultar en Viota y Soliva, E. (1896), pp.59-62.

²⁰⁵ Ibídem, p.60.

²⁰⁶ Ibídem, p.103.

No es hasta el 2 de junio de 1873, tras la edición de la *Instrucción General y Reglamentos interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General* por el gobierno de la Primera República²⁰⁷, cuando aparece el primer Reglamento Orgánico e Interior del Manicomio de Santa Isabel. Esta ordenanza, compuesta por 124 artículos y dividido en 6 títulos y 25 capítulos, regulaba el gobierno y objeto del establecimiento, la clasificación, admisión y salidas de los enfermos, sus visitas, alimentación así como las funciones del médico, practicantes, enfermeros y resto del personal²⁰⁸.

Esta disposición se mantuvo hasta 1885, año en que fue aprobado por el entonces ministro de la Gobernación, Francisco Romero Robledo, la siguiente ordenanza para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885²⁰⁹ (Anexo 1), el cual no supuso cambios sustanciales con respecto al de 1873. El nuevo ordenamiento, que estuvo en vigor hasta el año 1941²¹⁰, constaba de 106 artículos organizados en 16 capítulos junto a uno adicional y, como el anterior, regulaba de forma exhaustiva el objeto y funcionamiento del Manicomio, funciones de sus empleados, consideraciones sobre la vestimenta, la higiene o la alimentación y normas para la admisión y salida de los enfermos del manicomio²¹¹.

²⁰⁷ *Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General*. (1873). Madrid: Imprenta Nacional. Esta Instrucción, editada el 22 de abril de 1873 por el Ministro de la Gobernación Francisco Pi i Margall, establecía el modo de gobierno de los establecimientos nacionales, el régimen económico, así como las funciones del director, secretario-contador, visitador y de los empleados especiales (arquitecto, profesor de Medicina y Cirugía y Director moral). Así mismo, describía cada establecimiento benéfico y colegio en particular, entre los que se hallaban además del Manicomio de Santa Isabel (capítulo XIX), el Hospital Nacional, el Hospital del Rey de Toledo, los Hospitales de Jesús Nazareno y Carmen, el Colegio del Carmen y el Colegio de la Unión de Aranjuez. Tomado de Villasante Armas, O. (2008), p.38.

²⁰⁸ En 1868, el Director General de Beneficencia encomendó al entonces director del Manicomio de Santa Isabel, Manuel Rodríguez Villargoitia, que redactara un proyecto de reglamento para el asilo, que daría lugar al Reglamento Orgánico e Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés en 1873. Este proyecto vino acompañado de protestas desde la dirección del establecimiento debido a que en su artículo 46 se estipulaba la reducción de 12 a 6 enfermeros y de 8 a 1 las criadas, aun cuando en dicha fecha el asilo contaba ya con 122 hombres y 81 enfermas. Viota y Soliva, E. (1896), pp. 103-104. Este primer Reglamento es analizado en: Mollejo Aparicio, E. (2003). Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 635-646) Madrid: Frenia.

²⁰⁹ Reglamento orgánico de 1885.

²¹⁰ En 1941 es sustituido por el Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941. Esta ordenanza, aprobada por Valentín Galarza, Director General de Beneficencia y Obras Sociales del Ministerio de Gobernación, respondía a las Disposiciones generales establecidas en el Decreto de 1931. Véase Reglamento orgánico de 1941.

²¹¹ Posteriormente, en el Reglamento de 1941, si bien se mantuvieron las líneas generales del anterior, se introdujeron modificaciones y sufrió una simplificación en su estructura general que redujo tanto el número de capítulos de 16 a 10 como de artículos de 106 a 74, reducción de contenido que básicamente fue a expensas de apartados referentes a la vestimenta y alimentación de los internos, cuestiones que en los Reglamentos de 1873 y 1885 se establecían según la categoría administrativa a la cual pertenecían los pacientes. En la posguerra, las únicas diferencias en los tipos de alimentación descritas en las historias clínicas estaban basadas en indicaciones de carácter terapéutico Véase: Reglamento orgánico de 1941 y Conseguieri Gámez, A. (2013), p.43.

Las categorías de ingreso

Si bien el Manicomio de Leganés era una institución de la beneficencia, desde su fundación se contemplaba la posibilidad de recibir a pacientes pensionistas que pagaban por su estancia. En este sentido, es bien conocida la coexistencia de pacientes privados y pobres en las instituciones públicas y se ha documentado en otros establecimientos tanto españoles -Toledo²¹² o Valladolid²¹³ - como extranjeros²¹⁴.

El Reglamento de 1885 señalaba una población máxima de 200 ingresados (30 pensionistas, 40 medio pensionistas y 130 pobres)²¹⁵, si bien en el texto de este ordenamiento se hizo constar que las plazas estaban pendientes de ampliación por el Gobierno²¹⁶. A lo largo del siglo XIX y en los primeros años del siglo XX, la población manicomial no superó las dos centenas²¹⁷ y, concretamente, a 1 de abril de 1911 había 100 varones y 81 mujeres internados en la institución²¹⁸. La ocupación del establecimiento iría aumentando progresivamente en los años posteriores hasta cerca de 300 pacientes en 1929²¹⁹, superando con creces lo estipulado en el reglamento. El aumento de plazas producido en la institución en los años veinte no necesariamente estuvo ligado a un mayor hacinamiento de los pacientes ya que, en paralelo, se hicieron reformas arquitectónicas que supusieron un aumento de la capacidad manicomial²²⁰, principalmente a expensas, como veremos, de las plazas de pensionistas. Uno de los motivos que podría explicar este incremento de plazas para pacientes privados sería, el intento de compensar la escasa

²¹² Villasante, O. (2008), p.54.

²¹³ García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849 1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, p. 201.

²¹⁴ Beveridge, A. (1995). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908. *History of Psychiatry*, 6, 21-54, p. 24; Suzuki, A. (2003). A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945. *History of Psychiatry*, 14(3), 337-360.

²¹⁵ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 4. Esta población era prácticamente la misma que establecía el reglamento predecesor de 1873 que disponía la admisión de 128 pobres, 30 pensionistas de primera y 34 pensionistas de segunda. Reglamento orgánico de 1873. Artículo 6.

²¹⁶ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 3 y 4; Reglamento orgánico de 1873. Capítulo II. Artículo 6.

²¹⁷ Viota y Soliva, E. (1896), pp. 62-79.

²¹⁸ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.76.

²¹⁹ Salas y Vaca, J. (1929), p.38-41. En este trabajo se puede consultar una estadística de ingresos de alienados desde 1911 hasta 1929. La población internada en el momento que estalló la contienda civil era de 304 pacientes, y descendió hasta 274 al finalizar la misma, posteriormente, volvería a aumentar, hasta 355 asilados en el año 1952. Conviene señalar que en el Reglamento de 1941 se aumentó a 400 el número máximo de admitidos (200 pobres, 125 pensionistas de segunda y 75 de primera), el doble del permitido hasta esa fecha, incremento ya señalado como uno de los aspectos más novedosos del nuevo reglamento. Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.111; Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007a). La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 269-285). Madrid: Frenia, p. 277; Tierno, R. (2008), p.104 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.45. En el capítulo IV abordaremos con más detalle las características de la población manicomial y los movimientos en la misma a lo largo del periodo objeto de estudio.

²²⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.22.

asignación económica al asilo por parte del estado, situación que ya había sido descrita más de medio siglo antes²²¹.

Los pensionistas de primera debían pagar 3 pesetas y 50 céntimos diarios por estancia y 3 pesetas y 50 céntimos mensuales por el cuidado, lavado y planchado de sus ropas. Los de segunda clase pagaban 2 pesetas y 50 céntimos diarios por estancia y el mismo precio de 3 pesetas y 50 céntimos mensuales por el cuidado de la ropa. Los pobres no pagaban²²². No obstante, un Real Decreto de 5 de junio de 1917²²³, modificó la cuantía de estas pensiones y, desde ese momento, los pensionistas de primera clase debían pagar 4 pesetas y 50 céntimos diarios por estancia y 4 pesetas al mes por cuidado, planchado y lavado de sus ropas mientras que los de segunda clase pasaban a abonar 3 pesetas diarias por estancia y 4 mensuales por dichos cuidados²²⁴. Estas cuotas fueron similares a las del Manicomio de Valencia²²⁵ e inferiores a las del Hospital Psiquiátrico de Valladolid donde los pacientes privados abonaban más del doble que en Leganés²²⁶. Los honorarios eran mucho más elevados en instituciones privadas como el Manicomio de Ciempozuelos cuyos enfermos distinguidos abonaban 450 pesetas mensuales, mientras que los pensionistas de primera clase pagaban 400 pesetas al mes, 300 pesetas los de segunda y 175 pesetas los de tercera clase en 1914²²⁷.

Los pagos por la estancia en el hospital de Leganés se efectuaban en la Administración depositaria del manicomio por trimestres adelantados²²⁸. En el análisis estadístico de las

²²¹ Real decreto convocando a los Arquitectos a concurso público para la presentación de planos de un Manicomio-modelo que se levantará dentro del territorio de la provincia de Madrid. (30 de julio de 1859). *Gaceta de Madrid*, 217, p. 1. En la exposición de motivos de esta disposición se cita, en relación a los establecimientos de dementes, que “*todos han menester de grandes y costosas reformas, de grandes y penosos sacrificios por parte del estado; pero ninguno como el de Santa Isabel fundado en Leganés*”. De hecho, dadas las carencias presupuestarias desde su fundación, en el momento de la apertura del establecimiento, fue preciso suspender la plaza de boticario y la del practicante. Viota y Soliva, E. (1896), p.30.

²²² Reglamento orgánico de 1885. Artículos 66-70. Varias décadas antes, como hemos señalado, en el proyecto de reglamento redactado por el Visitador de la casa Pedro Gómez de la Serna de acuerdo con José María Miranda en 1858 ya se dividía a los acogidos en estas tres clases: pensionistas, medio pensionistas y pobres, sin establecer número de plazas pero sí el precio de la pensión en 12 y 6 reales diarios respectivamente. Viota y Soliva, E. (1896), p.59.

²²³ Real decreto modificando, en el sentido que se publican, los artículos 66 y 67 del Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (13 de junio de 1917). *Gaceta de Madrid*, 164, pp. 685-686.

²²⁴ El Reglamento de 1941 supuso un incremento significativo y los enfermos pensionistas de primera clase pasaron a abonar 10 pesetas diarias por estancia completa, y los de segunda clase 7,50 pesetas diarias. Reglamento orgánico de 1941. Artículos. 61-63, p. 8700.

²²⁵ En el Reglamento interno de 1930 de la institución valenciana se estipuló un cobro de 6 pesetas diarias a los pensionistas de primera clase y 3 pesetas diarias a los de segunda clase Heimann, C. (2006), p. 464.

²²⁶ En 1905, los enfermos distinguidos del asilo vallisoletano pagaban 10 pesetas por día, los pensionistas de primera clase 5 pesetas, los de segunda clase 3,5 pesetas y los de tercera clase 2,5 pesetas, pasando en 1921 a pagar 15 pesetas los distinguidos, 10 pesetas los pensionistas de primera clase, 6 pesetas los de segunda clase y 3,5 pesetas los de tercera clase. García Cantalapiedra, M. J. (1992), p. 244.

²²⁷ Acero Sáez, C. (1997). *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.322. En el de Sant Boi, en Cataluña, entre 1910 y 1920 se pagaban cuotas mensuales que iban desde las 70 pesetas para los pacientes de tercera clase a las 180 pesetas que debían abonar los de primera clase. Véase: Comelles, J. M. (1980). Ideología asistencial y práctica económica. En *Actas del I Congreso Español de Antropología* (pp. 337-401). Barcelona: Universidad de Barcelona, pp. 41-42.

²²⁸ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 68.

historias clínicas abiertas entre el 1 de enero de 1900 y el 31 de abril de 1931 hemos encontrado un total de 85 casos de 1041 (8,1%) en los que la familia solicitaba la devolución de estas pensiones abonadas, una vez el paciente era dado de alta. El 64,7% de estos asilados ingresaron en pensionista de primera y el resto en pensionista de segunda. Entre las historias revisadas hemos encontrado el caso de un paciente de 33 años de edad ingresado en el manicomio el 14 de enero de 1909 en categoría de pensionista de segunda por una demencia precoz que, transcurrido más de un año del internamiento, en mayo de 1911, desde el manicomio, esto es, la Junta de Patronos y el Administrador, se denunció a los familiares del paciente por el impago de la pensión. En la historia de este paciente, que falleció pocos meses después por derrame seroso cerebral, se han registrado varios escritos que los familiares dirigieron al administrador depositario pidiéndole que retiraran la denuncia, solicitud a la que no se accedió²²⁹. Si bien no conocemos más situaciones con detalle, es probable que el impago de la pensión sucediera en más ocasiones, ya que, a veces, los asilados descendían de categoría por no poder hacer frente a las cuotas asignadas.

Una vez que los pacientes estaban internados, podían solicitar el cambio de categoría, siempre que quedara plaza disponible, situación registrada en 118 pacientes de los 1041 ingresos producidos entre 1900 y 1931 (11,3%). La mayoría de ellos (72%) lo solicitaron desde la categoría de pensionista a la de beneficencia, si bien también hemos objetivado casos de pacientes que solicitaban bajar de pensionista de primera a segunda (8,4%) e incluso en 23 dementes (19,4%), la solicitud se cursó para pasar a una clase superior (cuatro lo pidieron desde beneficencia a pensionista de segunda, tres desde beneficencia a pensionista de primera y 16 desde pensionista de segunda a pensionista de primera). Esta situación de cambio de categoría durante el ingreso se ha documentado también en otros periodos²³⁰ y, concretamente, en la posguerra se observó en el 4% del total de pacientes que ingresaron²³¹.

Encarnación Mollejo ha señalado que la población de pensionistas era mayor que la de beneficencia, debido al mayor número de ingresos de pacientes privados. Del total de ingresados entre 1852 y 1936, el 52,6% eran pensionistas²³², siendo la excepción la guerra

²²⁹ Historia clínica XX-253. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²³⁰ Villasante, O. (2008), p.55.

²³¹ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.47.

²³² Mollejo Aparicio, E. (2003), p. 637. Durante la Segunda República, algo más del 50% de admitidos fueron pensionistas. Véase: Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b), p 116.

civil, años en los que el 95% de los pacientes ingresaron en categoría de beneficencia²³³. A juicio de Olga Villasante, esta afirmación habría que matizarla en función de los periodos, ya que el menor número de ingresos en la categoría de pobres podría deberse a un menor número de altas de esta población²³⁴. De hecho, en el estudio realizado con la población internada durante la posguerra se observa cómo el número de altas para pacientes pensionistas constituían el doble que para pacientes en clase de beneficencia (siendo el 68% del total de ingresos en categoría de pensionista)²³⁵.

En el análisis de los datos estadísticos entre 1900 y 1931, el 64,6% de los ingresos lo hicieron en categoría de pensionista²³⁶, 672 ingresos frente a 356 pobres (en 13 pacientes, el 1,2% de la muestra, no consta la categoría de ingreso en la historia clínica), porcentajes muy similares a los registrados en la posguerra²³⁷. Efectivamente, esta diferencia de ingresos entre las dos categorías, a pesar de que en el reglamento se disponía que había más plazas para pobres (130 de beneficencia y 70 de pensionista), se correlaciona con un mayor número de altas para los pensionistas en el mismo periodo, es decir, salieron del manicomio 454 pensionistas y 299 pacientes de beneficencia²³⁸.

De hecho, como veremos en el capítulo IV de nuestro trabajo, si bien a finales de los años veinte los pensionistas constituían el 53,7% de la población total del manicomio -151 pacientes de 284, 41 pensionistas de primera y 110 de segunda clase-²³⁹, hemos constatado que en la segunda década del siglo XX se mantuvieron las proporciones de pensionistas y pacientes pobres que establecía el reglamento. En estudios realizados para épocas posteriores en la institución, como durante la contienda civil, se ha registrado que la población total internada era mayor para los pensionistas, si bien conforme avanzaba la guerra civil, el número de pacientes pobres aumentaba y el de pensionistas disminuía. De hecho, en alguna ocasión tuvo que alojarse a pacientes de beneficencia en celdas de pensionista, por falta de plazas en la primera categoría²⁴⁰. En los años posteriores a la contienda, se observa cómo los pensionistas sobrepasaron los ratios establecidos

²³³ En el periodo de la contienda, el número de pacientes que ingresaron como pensionistas fue anecdótico (tres frente a 61 ingresos de beneficencia). Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.170.

²³⁴ Villasante, O. (2008), pp.56- 57.

²³⁵ Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.45-46.

²³⁶ En esta categoría hemos incluido los pensionistas de primera, los pensionistas de segunda y los pensionistas no especificados.

²³⁷ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.45.

²³⁸ Es importante destacar que el recuento de altas se ha realizado tan sólo con los datos obtenidos de los pacientes que ingresaron entre 1900 y 1931, es decir, que no se han podido contabilizar aquellos pacientes que ingresaron antes de 1900 y que fueron dados de alta durante nuestro periodo de estudio.

²³⁹ *El Heraldo de Madrid* (29 de abril de 1929), p.8.

²⁴⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.170.

mientras que los pobres ocuparon menos plazas de las que les correspondían, lo que se ha atribuido a que en el contexto de las dificultades económicas de la posguerra se favoreciera el ingreso de pensionistas ya que sus aportaciones ayudaban a mejorar las carencias presupuestarias de la institución²⁴¹.

En definitiva, podemos concluir que los pensionistas entraban y salían más frecuentemente de la institución mientras que los pobres, una vez que eran institucionalizados permanecían más tiempo, de modo que las plazas disponibles en la categoría de beneficencia eran escasas.

Los permisos de salida temporal: un privilegio para los pensionistas

A pesar de que en el Real Decreto de 1885 no se encontraban reguladas las salidas o licencias temporales de los pacientes ingresados en los manicomios²⁴², éstas si se contempladas en los Reglamentos orgánicos del Manicomio de Leganés de 1873 y 1885²⁴³. En este último, se regularon las salidas temporales con una duración de dos meses y la posibilidad de un mes de prórroga²⁴⁴, acordadas *“por la Superioridad cuando el Médico lo aconseje como prescripción exploradora o coadyuvante, y cuando lo pida el tutor, o un pariente o persona allegada del alienado”*²⁴⁵.

Posteriormente, en la “Real Orden dictando aclaraciones sobre el cumplimiento del Real Decreto de 1885”, publicada el 20 de junio de 1885 se contemplaba de la posibilidad de que la *“familia, tutor o curador del paciente se hagan cargo de la custodia y cuidado bajo las responsabilidades que establece el código penal”*. Habría que esperar a una nueva Real Orden de 1902 para que se regularan la salidas temporales de los manicomios, las cuales solo serían posibles para pacientes ingresados en definitiva y declarados “oficialmente locos” y, en casos excepcionales, para los dementes ingresados en observación. En la exposición de motivos de dicha ley se admitía que *“la legislación vigente nada prevé sobre la cuestión”*, considerando *“prudente que se concedan licencias temporales cuando las*

²⁴¹ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.43.

²⁴² En el Real Decreto promulgado en 1931 éstas salidas ya aparecen reguladas. En el artículo 30 de dicha legislación se establece que *“cuando el médico director del establecimiento (...) lo considere oportuno, podrá conceder como ensayo permisos o licencias, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder salidas provisionales de una duración máxima de dos años”*. Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. (7 de julio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 188, pp. 186-189.

²⁴³ Reglamento orgánico de 1885, artículos 59-65 y Reglamento orgánico de 1873, Capítulo III, artículos 16-21.

²⁴⁴ Este mes de prórroga no estaba contemplado en el Reglamento orgánico de 1873, en el que se establecía una duración máxima de la salida temporal de 2 meses.

²⁴⁵ Reglamento orgánico de 1885, artículo 59.

pidan el cónyuge, el padre, la madre o un hijo", previo informe favorable de la Dirección facultativa y autorización del Gobernador civil. Seis años después, en las Reales Ordenes de 28 de marzo y de 2 de junio de 1908 se mantuvieron estas limitaciones estableciendo que *"no debe accederse a la concesión de licencias temporales a los presuntos dementes que se hallen en observación sino en casos muy excepcionales, cuando a juicio de los facultativos que practiquen la observación y bajo su más estrecha responsabilidad, sea indispensable para el tratamiento médico del enfermo"*²⁴⁶. Los permisos temporales por tanto, no se contemplaron en la legislación nacional sino que, presumiblemente fueron regulados por los reglamentos internos de cada establecimiento en particular.

En el Reglamento orgánico de 1941 del Manicomio Nacional de Leganés, formulado décadas más tarde, además de ordenarse que el Jefe Facultativo determinara las distracciones y "paseos de los enfermos"²⁴⁷, los cuales podían salir acompañados de personal, se disponía la posibilidad de que *"la salida temporal de los enfermos se decretará por la Superioridad cuando el Jefe Facultativo del manicomio lo considere oportuno, pudiendo conceder como ensayos permisos o licencias temporales que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrán concederse salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearan por alta extendida en un documento oficial por el Jefe Facultativo"*²⁴⁸.

A pesar de no estar regulado por la legislación vigente²⁴⁹, se han registrado la concesión de licencias temporales incluso mayor de dos meses antes de 1873²⁵⁰. Las salidas de la institución bien en forma de paseos, bien como permisos de mayor duración se mantuvieron a lo largo del siglo XIX, incluso en pacientes judiciales como Manuel Morillo, un joven médico que ingresó el 7 de mayo de 1887, en calidad de penado tras asesinar, en

²⁴⁶ Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511; Real orden sobre concesión de licencias temporales a los alienados reclusos en el Manicomio de Zaragoza. (11 de agosto de 1902). *Gaceta de Madrid*, 223, p. 632; Real orden resolutoria de una instancia promovido por la Diputación provincial de Barcelona, relativa a la concesión de autorizaciones de salidas temporales de los alienados. (28 de marzo de 1908). *Gaceta de Madrid*, 88, p. 1301; Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p. 1053.

²⁴⁷ Reglamento orgánico de 1941, artículo 9 (9º), p.8697.

²⁴⁸ Reglamento orgánico de 1941, artículo 54, p.8700.

²⁴⁹ En las reglas dictadas al inicio del funcionamiento de la institución, el 5 de mayo de 1852, no se permitían estas salidas y, de hecho, los pacientes solo podían salir al jardín cuando la Superiora lo determinara. En algunos casos, José María Miranda, permitía la salida a los pacientes para lo que el Director exigía que el facultativo hiciera constar en las "libretas" el nombre del paciente que él sacaba periódicamente al campo. Véase: Espinosa, J., Balbo, E y Peset, J. L (1994), p.22 y Mendiguchía Carriche, A. (1955), pp. 937-938.

²⁵⁰ En Balbo, E. (1998). Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869. En R. Ballester (ed.). *La Medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)* (pp. 265-275). Alicante: Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert". Diputación Provincial de Alicante, se puede consultar la historia de un paciente al que, en 1869, se le permitió un permiso de salida de cuatro meses con su familia.

1883, a la madre de su novia y disparar al padre de ésta, en cuya historia clínica se anotó que salió de paseo e incluso, en una ocasión, visitó un café de la localidad²⁵¹. Morillo no fue el único demente sujeto a los tribunales de justicia que disfrutó de una licencia temporal ya que, en abril de 1898 se permitió salir con un permiso de 2 meses de duración a J., recluido en el Manicomio como procesado demente *“siempre que la familia (...) prestara la fianza de cualquiera de las clases establecidas por la ley provincial para la custodia de dicho demente”*²⁵².

Para la concesión de estas licencias de salida temporales, los familiares debían realizar una instancia a la Dirección General de la Administración, desde donde, atendiendo al informe del Jefe Facultativo de la institución, se comunicaba la concesión de dicha salida a la Vicepresidenta de la Junta de Patronos del Manicomio. En el caso de los dementes reclusos como procesados, era necesaria además una autorización del juzgado competente. La mayor parte de esta documentación se archivaba en la Dirección General²⁵³. Sin embargo, en 287 pacientes de las 1041 historias clínicas correspondientes a los ingresos realizados en las primeras décadas del siglo XX, hemos registrado la presencia de un documento expedido por el Gobernador civil autorizando una salida de dos meses de duración (79 de los cuales vieron prorrogado su permiso en un mes), lo que corresponde a un 27,6% de la población total internada en nuestro periodo. Si bien la mayoría de estos pacientes (cerca del 82%) fueron dados de alta administrativa por no regresar de esta licencia, también se objetivan otras causas de alta en el 18% restante - defunción, a petición familiar, el traslado o por prescripción facultativa -, lo que indica que parte de los pacientes a los que se les concedía este permiso de salida regresaban a la institución una vez ésta finalizaba. Hemos registrado así mismo pacientes a los que se les concedieron varias licencias a lo largo de su internamiento, llegando incluso a disfrutar de nueve salidas temporales del manicomio como es el caso de un varón diagnosticado de demencia precoz que ingresó en 1918 a los 25 años de edad en categoría de beneficencia y permaneció institucionalizado hasta su fallecimiento en 1946²⁵⁴.

²⁵¹ Historia clínica XIX- 965. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Véase Campos, R. (2012). *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*. Madrid: CSIC-Frenia, p. 248.

²⁵² Archivo General de la Administración. Legajo: 44/000189, 7.

²⁵³ Se puede ver los distintos documentos e instancias tramitados para la concesión de licencias temporales a pacientes institucionalizados en Leganés en algunos expedientes clínicos conservados en el Archivo General de la Administración. Por ejemplo: Archivo General de la Administración. Legajo: 44/000189, 7.

²⁵⁴ Historia clínica XX-541. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

El 75,2% de los pacientes a los que se les permitió salir de permiso estaban ingresados en la categoría de pensionista-pensionista de primera, pensionista de segunda y pensionista sin especificar- (figura 3). Conviene señalar que tanto en el reglamento de 1875 como en el de 1885 se establecía una diferencia en la regulación de las salidas de los alienados pobres y pensionista. Para la salida temporal de los pacientes privados era necesario tan solo el acuerdo de la Dirección General cuando el médico lo aconsejara mientras que para los ingresados en beneficencia estos permisos solo se podían otorgar cuando mediara "prescripción facultativa urgente" y a petición de la persona que había solicitado el ingreso del paciente en el Manicomio²⁵⁵. Es probable, por tanto, que los allegados de los pacientes pobres solicitaran menos la salida temporal de sus familiares.

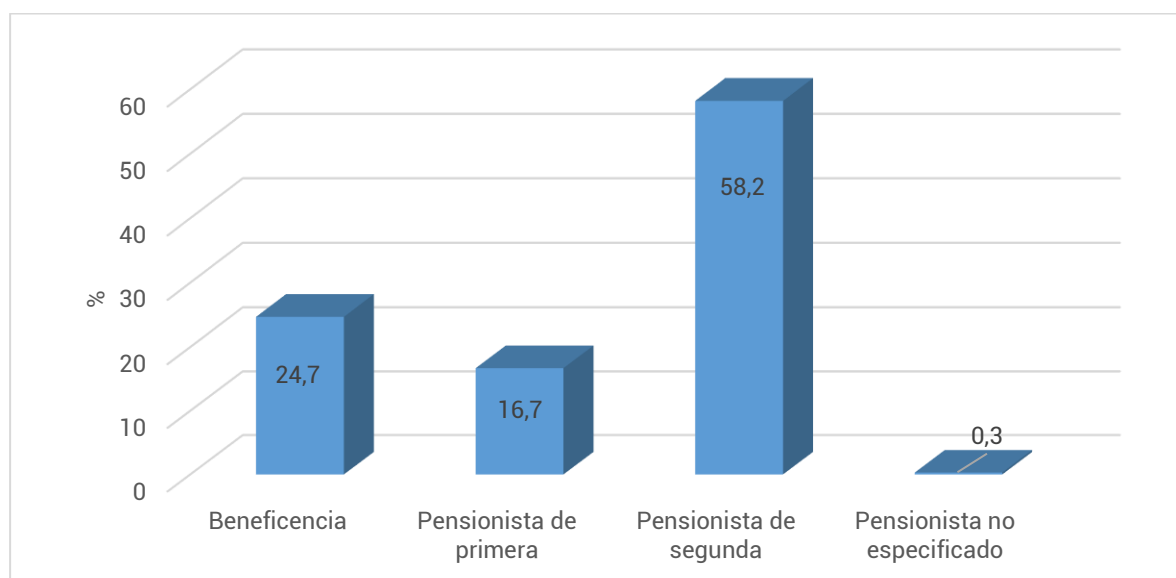


Figura 3. Distribución de los pacientes que salieron de permiso temporal en función de la categoría de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

Sólo 26 pacientes de los 287 que contienen el documento de concesión de licencia (9%) tienen datos en su historia clínica sobre la tramitación de la reclusión definitiva. Es posible, que fuera habitual conceder estos permisos a pacientes ingresados en observación, a pesar de que, como se ha comentado, éstos solo se contemplaran de forma excepcional en la legislación. No obstante, no podemos confirmar esta información debido a que la ausencia de documentación en las historias clínicas es muy frecuente.

Estos permisos fueron, en bastantes ocasiones, previos al alta definitiva del paciente. Un tercio del total de pacientes ingresados en nuestro periodo de estudio (27,8%) fueron dados

²⁵⁵ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 59 y 60.

de alta tras no regresar al Manicomio de una licencia concedida, porcentaje similar al objetivado en la población internada en periodos posteriores de la institución, salvo durante la guerra civil, años en los que no se produjo ningún alta por este motivo²⁵⁶. El 73,4% de los pacientes que fueron dados de alta por no regresar de un permiso de salida concedido estaban ingresados en el momento del alta en calidad de pensionista, lo que concuerda con el hecho de que, como ya se ha comentado, el reglamento fuera más permisivo para la concesión de salidas temporales a estos pacientes.

Si bien no existía, como hemos referido, una regulación general para la concesión de licencias, las salidas temporales de pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas en las primeras décadas del siglo XX se ha documentado también otras instituciones psiquiátricas coetáneas como el Manicomio de Sant Boi²⁵⁷, el de Valladolid, donde la licencia temporal ocupó la primera causa de alta²⁵⁸ y el de Valencia, en el que se llegaron a permitir salidas de hasta dos años de duración²⁵⁹.

El inexistente departamento de menores

Desde que Emilio Pi i Molist escribiera su *Proyecto para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona* en el año 1860, en España se había asumido mayoritariamente la clasificación empírica o práctica como puede observarse en el Manicomio de Ciempozuelos²⁶⁰, el de Valencia²⁶¹ o Valladolid²⁶². También en el Manicomio de Leganés, desde el primer Reglamento de 1873, se contemplaba la separación de los pacientes en diferentes departamentos o secciones, que se ajustaban, por lo general, a la tradición francesa de "tranquilos", "sucios", "agitados" y "furiosos".

En el reglamento de 1885 se establecía la división del asilo en *"cuarteles diferentes para los dos sexos y para la infancia y la edad madura. Cada uno de aquellos cuarteles se subdivide en departamentos independientes dedicados a observación, a enfermos sujetos a Tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a*

²⁵⁶ Tierno, R. (2008), p.113; Conseglieri Gámez, A. (2013), p.49. y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.184.

²⁵⁷ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, p. 125.

²⁵⁸ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p. 309.

²⁵⁹ Heimann, C. (2006), p.445.

²⁶⁰ Acero Sáez, C. (1997), pp.293-296.

²⁶¹ Heimann, C. (2006), p. 415.

²⁶² García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.324.

*furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes*²⁶³. Estas subdivisiones no se reflejaron en las historias clínicas abiertas a los pacientes, por lo que no hemos podido contrastar desplazamientos entre las diversas secciones²⁶⁴. Por otra parte, en contraste con los estudios realizados sobre la institución en épocas posteriores, se desconoce el número de pacientes asignados a cada departamento debido a que no se han encontrado registros oficiales al respecto, si bien consideramos que es probable que la mayor parte de los asilados estuviesen en el departamento de “tranquilos”²⁶⁵. Según Salas y Vaca, en el momento de su llegada al Manicomio en 1911, dadas las pésimas condiciones arquitectónicas del mismo, el *“aislamiento y separaciones eran imposibles por falta de sitio y orden para agrupar psicópatas*”²⁶⁶. De manera que, como veremos, en nuestro periodo de estudio no ha podido confirmarse la separación de poblaciones como los menores, como veremos, hasta la década de los años veinte o los epilépticos y se observaban dificultades para el aislamiento de los enfermos sujetos a tribunales de justicia²⁶⁷.

A partir del último tercio del siglo, se objetivó una importante proliferación de publicaciones psiquiátricas centradas en la locura infantil, de la mano, en parte, de los autores degeneracionistas²⁶⁸, entre las que destaca la obra de Manuel Tolosa Latour, impulsor de la ley de protección a la infancia, promulgada el 12 de agosto de 1904, *Medicina e higiene de los niños*²⁶⁹. De esta forma, la concepción de un nuevo modelo teórico en relación a la problemática de niños anormales fue un tema que adquirió cierta importancia en diversos ámbitos profesionales y, especialmente, entre los médicos y pedagogos de las primeras

²⁶³ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 90. En el reglamento de 1941 se suprime la alusión a departamentos específicos para la infancia, edad madura y enfermos sujetos a tribunales de justicia.

²⁶⁴ En 1889, pocos años después de la entrada en vigor del Reglamento de 1885, apareció una Real Orden donde se subastaban públicamente las obras de terminación de la sección de celdas en el pabellón de asiladas tranquilas y dependencias del departamento de hombres en el Manicomio de Leganés con un presupuesto de 79.683,50 pesetas. Adjudicación en pública subasta de las obras de terminación de la sección de celdas en el departamento de asiladas tranquilas y otras varias en las dependencias del departamento de hombres, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (17 de septiembre de 1889). *Gaceta de Madrid*, 260, p. 893.

²⁶⁵ Tierno, R. (2008).

²⁶⁶ Salas y Vaca, J. (1924a), p.5. A partir de 1931 se emitieron en el Manicomio de Leganés unos partes estadísticos mensuales y anuales que clasificaban a los internos divididos según el sexo, la categoría administrativa (pensionistas o de beneficencia), la clasificación técnica (“agitados”, “sucios”, y “tranquilos”) y la nosológica. Véase Consiglieri, A. y Villasante, O. (2007b). Neuropsiquiatría de la posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99(1), 119–141, p. 131.

²⁶⁷ Villasante, O. (2008), p.53. En: Martín Pérez, A (1888). *Guía de Madrid y de su provincia*. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio, p.435, al describir las características del Manicomio se especifica la presencia de cuarteles diferentes “para los dos sexos, y para la infancia y adolescencia, separados de los alienados de edad madura”, si bien, es posible que esta información se extrajera de manera literal del Reglamento de la institución.

²⁶⁸ Huertas García-Alejo, R. (1986). Sobre la psiquiatría infantil del siglo XIX. La locura en la infancia de M. Tolosa Latour. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(16), 135–141, pp.135-136; Huertas, R. (1998b). Niños degenerados, Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo. *Dynamis*, 18, 157–179, p.160.

²⁶⁹ Huertas García-Alejo, R. (1986), pp. 141.

décadas del siglo XX, cuestión que ha sido ampliamente estudiado por diversos autores entre los que destacan los trabajos de Mercedes Del Cura²⁷⁰.

A pesar de que desde mediados del siglo XIX se conocía la importancia de la presencia de departamentos diferenciados para la infancia formando parte de lo que debería ser un manicomio modelo²⁷¹ en Leganés no hemos encontrado alusión a la existencia de un departamento específico para los menores y anormales hasta 1929, momento en que Salas y Vaca señaló la posibilidad de separar *“a una agrupación de menores”* tras la realización de las obras de mejora y ampliación en el antiguo pabellón de distinguidos²⁷². Años más tarde, en 1933, se atribuiría a la gestión de Enrique Fernández Sanz la solución de diversos problemas en la institución, entre los que destacaban la convivencia de los niños con los adultos y la imposibilidad de separar a los pacientes de acuerdo a la clasificación técnica²⁷³. Ese mismo año, una Real Orden, atendiendo a que la legislación vigente sobre la reclusión de enfermos psíquicos en Hospitales y Manicomios no limitaba la edad de ingreso, establecía que:

*“Todas las casas de Salud y Manicomios de España (...) habilitarán, en el improrrogable plazo de dos meses, los locales suficientes para albergar en ellos con el aislamiento debido (...) a los niños alienados menores de quince años”*²⁷⁴.

Esta orden daba respuesta a un problema general de las instituciones psiquiátricas. En este sentido, el Manicomio de Sant Boi de Llobregat estuvo más de medio siglo desde su fundación sin esta división y, una vez entrado el siglo XX, en 1908, se terminaría de construir un amplio pabellón como *“ortofrenocomio para los niños agenésicos menores de 15 años”*²⁷⁵. Lo mismo ocurría en el Manicomio de Valencia, donde Fernando Domingo Simó, director de la institución entre 1900 y 1936, denunció la mezcolanza de la población de

²⁷⁰ Del Cura, M. (2008). Medicina y pedagogía en la escuela: el discurso sobre la normalidad infantil en la España del primer tercio del siglo XX. En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords.). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp. 433–455). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha; Del Cura González, M. (2012). Un patronato para los anormales: primeros pasos en la protección pública de los niños con discapacidad intelectual en España (1910-1936). *Asclepio*, 64(2), 541–564; Del Cura, M. (2003). Niños en el Manicomio. La locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp.611–633) Madrid: Frenia.

²⁷¹ Pi i Molist, a mediados del siglo XIX establecía la división de los pacientes por edad. Pi i Molist, E. (1860), p. 136.

²⁷² Salas y Vaca, J. (1929), p.22

²⁷³ *La Libertad*. (3 de agosto de 1933), número 4173, p.9.

²⁷⁴ Orden disponiendo que todas las Casas de Salud y Manicomios de España, sean generales o provinciales, habiliten, en el improrrogable plazo de dos meses, los locales suficientes para albergar en ellos, con el aislamiento debido de la demás población psiquiátrica, a los niños alienados menores de quince años. (14 de enero de 1933). *Gaceta de Madrid*, 14, pp. 349-350.

Departamento: Ministerio de la Gobernación

²⁷⁵ Rodríguez Morini, A. (1910), p.324.

menores con el resto de adultos²⁷⁶ y en Valladolid, institución en la que estas dos poblaciones seguían conviviendo a mediados de los años veinte²⁷⁷.

A pesar de las diversas referencias, ya señaladas, sobre la separación de las poblaciones de niños y adultos en Santa Isabel en los años veinte y principios de los treinta, una década más tarde se seguía denunciando la inexistencia de un departamento específico para la infancia en la institución, de manera que se solicitó que no ingresasen menores de edad en el Manicomio y, de hecho, en 1940 se rechazaron dos ingresos²⁷⁸.

La población infantil en el Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX

Si bien en los capítulos IV y V de esta tesis doctoral se realizará el estudio de aspectos socio-demográficos y nosográficos de la población general manicomial, por su peculiaridad y relevancia, en las siguientes líneas nos proponemos acometer el estudio de los menores que fueron institucionalizados en Santa Isabel en nuestro periodo de estudio. Aunque ya se han realizado trabajos con la población infantil internada en Leganés²⁷⁹, nos parece importante señalar algunas aportaciones. Del análisis realizado con las historias clínicas entre 1900 y 1931, se objetiva el internamiento de 47 menores de 18 años²⁸⁰, lo que corresponde a un 4,5% del total de la población ingresada en ese periodo. La edad media es de 14,3 años (DE 2,59), siendo la mínima de 8 y la máxima de 17 y, más de la mitad de los pacientes tenían entre 15 y 17 años (figura 4), datos similares a los encontrados en el estudio realizado con la población menor ingresada desde 1852 hasta 1936²⁸¹.

²⁷⁶ Heimann, C. (2006), p. 432.

²⁷⁷ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.332.

²⁷⁸ Conseglieri, A. (2013), p.88.

²⁷⁹ Del Cura González, M. (2003).

²⁸⁰ Conviene hacer alusión al interrogante de cuál era el límite a partir del que se consideraba a un paciente como adulto y por ello, no todos los trabajos sobre la infancia consideran el mismo. Si bien, desde el punto de vista asistencial, algunos proyectos de manicomio modelo, como el publicado por Méndez Álvaro en el *Anfiteatro Anatómico Español* de 1874, establecía la conveniencia de separar a los niños menores de 16 años del resto de población manicomial, nosotros hemos tomado el mismo criterio que Mercedes del Cura, que opta por incluir en su trabajo la franja de edad de 17 años para poder valorar la aparición de la demencia precoz como categoría diagnóstica. Consultese: Del Cura, M. (2003), pp.619-621.

²⁸¹ *Ibidem*, p.623.

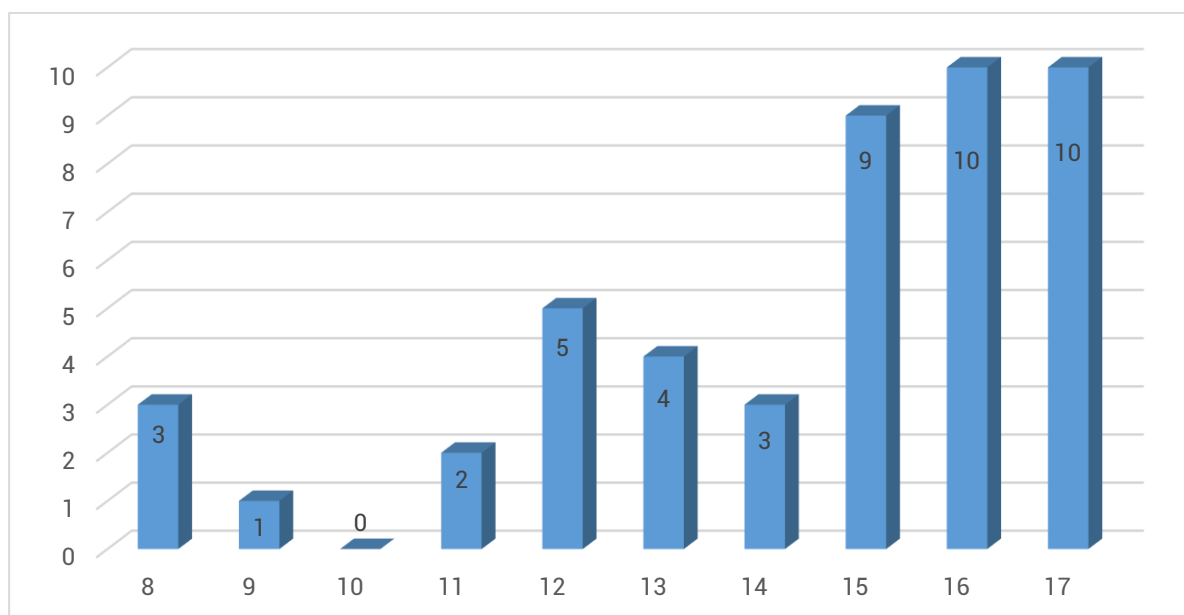


Figura 4. Número de ingresos de pacientes menores de 18 años en el Manicomio Nacional de Leganés en función de la edad (1900-1931)

Posteriormente, la población infantil registrada decae y, en el periodo de la guerra civil, no se registró el ingreso de ningún paciente menor de 20 años²⁸². Durante la posguerra tan sólo se objetivó el internamiento de 5 menores de 16 años, todos ellos entre 1939 y 1941, antes de la entrada en vigor del Reglamento de 1941, en el que se suprimía definitivamente la referencia al departamento para la infancia²⁸³.

Tal y como se puede observar en la figura 5, a lo largo de los años que ocupan nuestro estudio, no se objetivan diferencias destacables en el número de ingresos de esta población-tan sólo una ligera tendencia al descenso-. En este sentido, podemos concluir que las diferentes reformas acaecidas en las primeras décadas, entre las que destacan la creación del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales, aprobado mediante Real Decreto el 22 de enero de 1910²⁸⁴ y la fundación de la Escuela Central de Anormales en 1925, considerada la primera institución oficial de carácter estatal para la atención

²⁸² Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.166.

²⁸³ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.87-88.

²⁸⁴ Real decreto estableciendo, bajo la presidencia del Ministro de este Departamento, un Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales (24 de enero de 1910). Gaceta de Madrid, 24, pp. 174-176. En la exposición de motivos de este Real decreto se menciona la existencia de un "poderoso movimiento de opinión en favor de los sordomudos, los ciegos y los anormales, determinando la fundación de Escuelas y Asociaciones, la publicación de libros, la celebración de Congresos, la organización de Exposiciones y Centros de trabajo, que tienden a mejorar la situación de aquellos, y a vulgarizar en su provecho conocimientos que antes eran patrimonio de un corto número de escogidos".

pública a los discapacitados mentales²⁸⁵, no influyeron en un menor número de internamiento de menores en la institución.

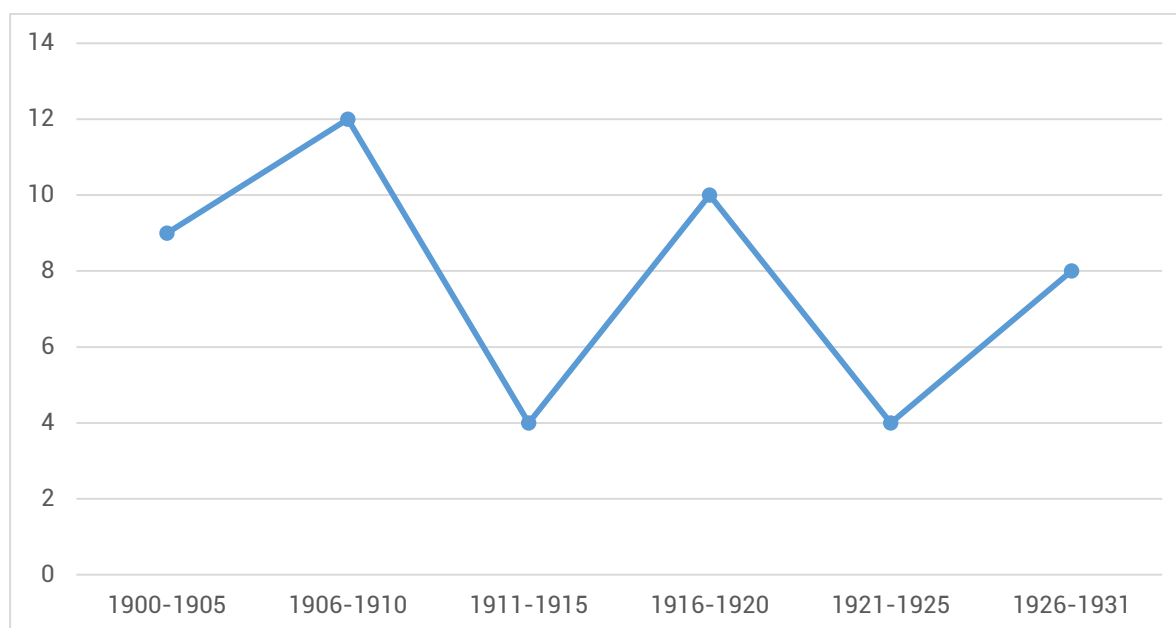


Figura 5. Evolución temporal de los ingresos de pacientes menores de edad en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

El problema de la hospitalización de los menores fue de alcance nacional y el resto de las instituciones españolas también debieron asumir población infantil. De hecho, en el pionero trabajo de Rodríguez Pérez sobre el Manicomio de Zaragoza, ya se registran niños a mediados del siglo XIX²⁸⁶. En el siglo XX, en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba se ha registrado el ingreso de 57 pacientes menores de 14 años entre 1900 y 1940, siendo

²⁸⁵ Del Cura, M. (2003), p.633. Sobre la Escuela Central de Anormales se puede consultar: Molina Roldán, R. M. (2009). La Escuela Central de Anormales de Madrid. En M. R. Berruero Albéniz y S. Conejero López (coords.). *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación* (pp. 297-310). Pamplona: Universidad Pública de Navarra. Entre las funciones que se le encomendaron a esta institución, situada en el Paseo de la Castellana madrileño, estaban "la reeducación de los niños afectos de retraso o anomalía mental, el adiestramiento de médicos y maestros en el manejo de estas técnicas científicas, y la divulgación de las nociones precisas para que se pueda contar con un ambiente favorable a una rápida y completa solución del problema de los niños mentalmente deficientes". Samblás Tilve, P. (2004). El Dr. César Juarros y la Escuela Central de Anormales. En: J. Martínez Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás Tilve y M. Del Cura González (coords.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica* (pp.539-550). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha, pp.540-544. Conviene señalar que el polifacético César Juarros y Ortega (1879-1942), mostró un especial interés por la psiquiatría infantil y ocuparía la plaza por concurso de médico director de dicha escuela. Juarros y Ortega desarrolló como médico una incesante labor. Tras ejercer como médico militar al ingresar por oposición en el Cuerpo de Sanidad Militar, realizó funciones de jefatura en la consulta de enfermedades nerviosas y mentales del III dispensario de la Cruz Roja. Entre sus labores merece la pena destacar su colaboración en el Instituto de Medicina Legal y el Instituto Español Criminológico, del que fue profesor durante más de 15 años. Esta función le vincularía al Manicomio de Leganés ya que, como expondremos en el capítulo III de esta tesis de forma más detallada, las instalaciones del asilo y los pacientes internados en él sirvieron para impartir clases a los alumnos de este Instituto durante la jefatura de Salas y Vaca. Véase: <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-antiores/1013-1929-juarros-y-ortega-cesar.html> y Salas y Vaca, J. (1924a), pp. 9 y 66. Para más información acerca de la Escuela se puede consultar la conferencia impartida por el Dr. César Juarros en el III Congreso Nacional de Pediatría celebrado en Zaragoza en la que describe las características arquitectónicas del local, el personal contratado para la escuela y sus funciones, los servicios que provee, la técnica de trabajo y datos estadísticos correspondientes a los años 1925/1926. Véase: Escuela Central de Anormales. (1926). *Ministerio de instrucción pública*. Madrid: Tipográfica Blass, S. A.

²⁸⁶ Rodríguez Pérez, E. (1980). *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*. Zaragoza: CSIC, pp.84-90.

la menor edad registrada de 6 años²⁸⁷ y, en Sant Boi también se ha documentado el internamiento, entre 1885 y 1939, de menores de edad. De hecho, un 2,1% del total ingresos producidos en la institución catalana en ese periodo contaban con menos de 9 años²⁸⁸ y, concretamente, en agosto de 1922 fue decretada la reclusión en definitiva de un menor de cinco años de edad diagnosticado de degeneración mental²⁸⁹. Lo mismo ocurría en el Manicomio de Valladolid, donde se hospitalizaron niños, habiéndose registrado el ingreso de cuatro pacientes entre los 16 y los 20 años desde 1900 a 1930²⁹⁰.

La mayor parte de los menores ingresados en Santa Isabel provenían de su domicilio (el 89.4%), si bien hemos encontrado un paciente que fue internado desde el Hospital General de Madrid, donde ya se habían registrado casos de dementes menores en el siglo XIX²⁹¹. Se trataba de un paciente varón, de 17 años de edad, ingresado el 20 de febrero de 1916 evaluado como una demencia precoz, diagnóstico que posteriormente se le cambiaría por el de esquizofrenia degenerativa, que permaneció institucionalizado hasta su fallecimiento en 1944²⁹². Así mismo, dos pacientes, ambos diagnosticados de epilepsia, ingresaron procedentes del Asilo "Las Piqueñas", hospital inaugurado en 1895 para la asistencia de epilépticos sin grandes alteraciones psíquicas.

La mayoría de los menores de edad fueron diagnosticados en el momento del ingreso con entidades nosológicas en el ámbito de la deficiencia mental (14 casos, lo que supone un 29.7% de los menores) o la epilepsia (16 casos, que componen un 30% de la población infantil). Entre el resto de diagnósticos destacan dos casos de manía, uno acompañado del calificativo de hipocondriaca²⁹³, cuatro de demencia precoz²⁹⁴, uno de ellos catatónica, todos ellos mayores de 16 años en el momento del ingreso y cuatro pacientes, también

²⁸⁷ Ruiz García, C. (2011). El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo 1900-1940. En: O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-235). Madrid: AEN, p.230.

²⁸⁸ Antón Fructuoso, P. (1982), p. 107.

²⁸⁹ *Ibidem*, p. 143.

²⁹⁰ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.301.

²⁹¹ En el año 1877 se registra el ingreso de un paciente de 10 años en el Hospital General. Véase: González Duro, E. (1975), p.10.

²⁹² Historia clínica XX-447. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

²⁹³ Se trata de dos pacientes varones de 15 y 17 años que ingresaron en 1900. Como veremos posteriormente en el capítulo dedicado a la nosografía, en los primeros años del siglo XX predominó el uso de la nomenclatura francesa en la población general manicomial. Historias clínicas XX-24 y XX-28. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁴ A principios de siglo XX, claramente influenciado por el auge de la nosografía kraepeliniana, el italiano Sante de Santis (1862-1935) describió la demencia precocísima como una entidad nosológica para intentar establecer el diagnóstico diferencial con la deficiencia mental. Véase: Huertas, R. y Del Cura, M. (1996). La categoría de infancia anormal en la construcción de una taxonomía social en el primer tercio del siglo XX. *Asclepio*, 48(2), 115-127, pp.115-116. En 1933, Enrique Fernández Sanz publicó "La esquizofrenia en la infancia", donde aludía a la escasa frecuencia de la demencia precocísima de forma aislada, esto es, sin asociarse a oligofrenia, si bien expresaba haber observado bastantes casos de procesos esquizofrénicos desarrollados entre los 11 y los 13 años. Véase: Fernández Sanz, E. (1933a). La esquizofrenia en la infancia. *Archivos de Neurobiología*, 13(4), p. 737 - 742, p.738. No hemos hallado ningún niño diagnosticado de esquizofrenia en nuestra muestra y la ausencia de esta nosografía aplicada a la infancia se mantuvo en épocas posteriores en la institución. Véase: Vázquez de la Torre, P. (2008), p.91.

mayores de 16 años, a los que se les diagnosticó de degeneración mental²⁹⁵. Todos los menores "degenerados" ingresaron a partir de 1914, momento en el que ya ejercía como Jefe Facultativo en la Institución José Salas y Vaca. Este neuropsiquiatra, publicaría en 1920 su obra *Los Degenerados en Sociedad*²⁹⁶, sobre la que nos detendremos al analizar su figura en el capítulo III de esta tesis. Por último, destacar la presencia de dos menores que, a pesar de no recibir ningún diagnóstico de enfermedad mental, permanecieron en la institución cerca de tres años antes de ser dados de alta por prescripción facultativa²⁹⁷.

La estancia media registrada fue de más de 9,1 años (DE 13,14), siendo la máxima de 58 años. Más de la mitad de los pacientes (55.3%) fueron dados de alta por fallecimiento, generalmente por causas neurológicas o infecciosas, seguidos de aquellos que no regresaron de un permiso de salida concedido (34%). Sólo cuatro pacientes recibieron alguna medida de tratamiento. El primero de ellos, un estudiante de 17 años diagnosticado de demencia precoz, ingresado en febrero de 1900 fue tratado tres años después con hidroterapia²⁹⁸, un recurso terapéutico muy común en las instituciones psiquiátricas ya desde el siglo XVII y considerado efectivo en los desarreglos mentales²⁹⁹. El segundo es un varón que ingresó en 1914 a los 16 años con diagnóstico de "herencia sifilítica-degeneración mental" (posteriormente este diagnóstico fue sustituido por el de psicopatía degenerativa), al que, a su llegada a la institución, se le aplicó un tratamiento que no se especificó en la historia clínica³⁰⁰. El tercero, también diagnosticado de demencia precoz, ingresó en febrero de 1916, procedente del Hospital General de Madrid, y fue tratado con jarabe de pantopón³⁰¹, un preparado compuesto por todos los alcaloides del opio en su agrupación natural y en una fórmula fácilmente soluble (clorhidratos) comercializado por los laboratorios Hoffman-La Roche en 1909³⁰². El último es una mujer de 14 años

²⁹⁵ Benedict A. Morel (1809-1873) formuló, en 1857, la teoría de la degeneración en el *Traité de dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*. Los postulados de Morel fueron modificados, en 1895, en *Les dégénérés* de Valentín Magnan (1835-9169) y Paul Maurice Legrain (1860-1939). A finales de siglo empezaron las primeras publicaciones españolas que específicamente abordaron el tema desde el punto de vista clínico, como *Neurosis y degeneración*, publicada en 1897 por Vicente Ots y Esquerdo y, ya en el cambio de siglo, apareció la tesis doctoral *Degeneración y locura* (1900) de Mateo Bonafonte Nogués (1862-1940). Sobre la introducción de las ideas degeneracionistas en España, que desarrollaremos con más profundidad en el capítulo III de esta tesis doctoral, véase: Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000). *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. Madrid: CSIC.

²⁹⁶ Salas y Vaca, J. (1920). *Los degenerados en sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya.

²⁹⁷ Historias clínicas XX-9 y XX-26 del Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁸ Historia clínica XX-5. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁹ Espinosa Iborra, J. (1966), p.23; Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica: para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia, p.215.

³⁰⁰ Historia clínica XX-397. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁰¹ Historia clínica XX-447. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁰² Se puede ver: <http://historiadelmedicamento.es/index.php/es/component/phocagallery/75-estupefacientes/detail/2701-pantopon4> [consultado el 23 de septiembre de 2016].

diagnosticada de epilepsia a la que se administró Luminal®³⁰³, barbitúrico que al sustituir un grupo étlico del barbital por un radical fenilo se convirtió en menos tóxico³⁰⁴.

Al igual que los datos aportados por el estudio de Mercedes del Cura, podemos confirmar que los pacientes menores de edad institucionalizados en el manicomio de Leganés estuvieron sometidos a una alta mortalidad hospitalaria. Así mismo, a pesar de que Salas y Vaca promulgó la necesidad de tratar a los “anormales” en una escuela diferenciada y separada del resto de pabellones y secciones del Hospital Asilo para enfermos de la mente, en la que esta población tendría acceso a tratamiento psicopedagógico, que el mentalista consideraba necesario³⁰⁵, no hemos encontrado ninguna alusión a este tipo de tratamiento en el total de historias clínicas revisadas.

EL INGRESO DE PACIENTES JUDICIALES EN LEGANÉS

La institucionalización de los dementes procesados en España: una larga espera en prisión

Durante las últimas décadas se han publicado numerosos estudios sobre la influencia de los peritajes psiquiátricos en el proceso de legitimación y consolidación de la medicina mental como especialidad³⁰⁶. En España, las dinámicas de interacción entre alienistas y profesionales de la justicia en determinados procesos célebres se observan, principalmente, en la segunda mitad del siglo XIX³⁰⁷. Se han estudiado, a través de estos

³⁰³ Historia clínica XX-631. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁰⁴ Muñoz, S. (2007). El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En: F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs). *Historia de la psicofarmacología* (pp.131-177). Madrid: Editorial Panamericana.

³⁰⁵ Véase: Salas y Vaca, J. (1924a), pp.24 y 40; Salas y Vaca, J. (1920), pp.180-184 y Salas y Vaca, J. (1922c). *Pedagogía afectiva*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, pp. 27- 31.

³⁰⁶ Una de las obras pioneras sobre la importancia de los psiquiatras en los tribunales de justicia es Rosenberg, C. (1968). *The trial of the assassin Guiteau. Psychiatry and the law in the Gilded Age*. Chicago: Chicago University Press. Podemos rastrear la intervención de los médicos en los juicios, como el celebrado en Francia contra Pierre Rivière, ya en 1835. Véase: Foucault, M. (1973). *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano. Un caso de parricidio del siglo XIX presentado por Michel Foucault*. Barcelona: Tusquets. Del mismo autor, es de indispensable referencia: Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Madrid: Akal.

³⁰⁷ La bibliografía sobre cuestiones relacionadas con la imputabilidad de los enfermos mentales es muy numerosa, por lo que citaremos, entre otras: González, J. (1994). *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX*. Granada: Editorial Comares e Higuera Guimerá, J. F. (2005). Prólogo. En E. J. Mateo Ayala. *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica* (pp. 15-19). Madrid: Dykinson.

peritajes forenses, las relaciones entre facultativos y jurisconsultos, destacando los trabajos de José Luis Peset³⁰⁸, Rafael Huertas³⁰⁹, Ricardo Campos y José Martínez Pérez³¹⁰.

A lo largo del siglo XIX se construyeron numerosos psiquiátricos penitenciarios tanto en Europa como en Norteamérica³¹¹. La rotunda crítica a la convivencia de enfermos mentales en cárceles que John Howard (1726-1790) realizó en *The state of prisons in England and Wales* fue determinante³¹², sin embargo, en la primera mitad del siglo XIX, en España se mantenía la presencia de los enfermos mentales procesados en las prisiones sin que se dispusiera de instituciones específicas³¹³. De manera que, los dementes criminales se encontraban en los establecimientos penitenciarios o, en palabras del médico Rafael Salillas, uno de los principales impulsores de la Escuela de Criminología, creada en 1903³¹⁴, en los "vetustos" manicomios de Valencia, Zaragoza, Toledo y Valladolid³¹⁵. A pesar del debate generado en el que, además de Salillas, participaron médicos como Luis Simarro Lacabra (1851-1921) o José María Esquerdo³¹⁶, el alojamiento de aquellos procesados

³⁰⁸ Peset, J. L. (1983). *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica.

³⁰⁹ Huertas García Alejo, R. (1987). *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC. En colaboración con Enric Novella, Huertas, R. y Novella, E. J. (2011). L'aliénisme français et l'institutionnalisation du savoir psychiatrique en Espagne : l'affaire Sagrera (1863-1864). *L'Evolution Psychiatrique*, 76(3), 537-547.

³¹⁰ Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000).

³¹¹ Podría citarse como precedente La Bastilla, donde ya se alojaron "locos criminales" a finales del siglo XVIII. Véase: Barrios Flores, L. F. (2007). Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(100), 473-500, p.473. Merece la pena destacar los trabajos pioneros sobre manicomios norteamericanos entre los citaremos Rothman, D. (1971). *The Discovery of Asylum*. Boston: Little Brown o los británicos Ignatieff, M. (1978). *A just measure of pain*. London: Macmillan; Scull, A. (1979). *Museums of madness*. London-New York: Allan Lane, St, Martin Press; Scull, A. (1981). Humatinarism as control: observations on the Historiography of angloamerican Psychiatry. *Rice University studies*, 67(8), 21-31 y Digby, A. (1985). *Madness, Morality and Medicine. A study of York Retreat*. Cambridge: Cambridge University Press.

³¹² Howard, J. (1777). *The state of prisons in England and Wales*. Warrington: William Eyres. En España, la figura de Howard es analizada en Bermejo Fernández, D. (2014). *Individualización científica y tratamiento en prisión*. Madrid: Ministerio del Interior. Sobre la reforma penitenciaria se puede consultar Ramos Vázquez, I. (2015). *La reforma penitenciaria en la historia contemporánea española*. Madrid: Dykinson.

³¹³ De hecho, en la primera estadística oficial de dementes acogidos en los establecimientos públicos españoles realizada por Pedro María Rubio (1801-1868), en 1847, se contabilizaban 1626 enfermos en instituciones psiquiátricas, admitiéndose, no obstante, que 30 de estos "dementes" estaban en cárceles. Real orden acordando se den las gracias a D. Pedro María Rubio por la estadística que ha formado de los dementes del reino, y que se publique la misma en la Gaceta (7 de octubre de 1848). *Gaceta de Madrid*, 5138, pp.1-3; Espinosa Iborra, J. (1866), pp. 170-172.

³¹⁴ Serrano Gómez, A. y Serrano Maíllo, A. (2004). Centenario de la Escuela de Criminología. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 14, 281-289.

³¹⁵ Salillas, R. (1899). Los locos delincuentes en España. *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 94, 117-142, p.122. En este trabajo se reproduce una estadística de 1888 que detalla la ubicación de 238 locos criminales (220 hombres y 18 mujeres), repartidos entre los departamentos de observación de los hospitales generales y otras instituciones psiquiátricas del país como los Manicomios de Sant Boi de Llobregat, Conxo en Santiago o los ya citados de Toledo, Valladolid o Zaragoza. Del mismo autor, Salillas, R. (1888). *La vida penal en España*. Madrid: Imprenta de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia.

³¹⁶ La situación no pasó desapercibida por profesionales médicos y juristas tanto españoles como extranjeros. Así, Seguí, con motivo de una visita a las instituciones manicomial de nuestro país y su intervención en el Primer Certamen Frenopático Español en 1883, planteaba un plan general para resolver las cuestiones pendientes en asistencia a alienados en España y, entre ellas, incluía la necesidad de construcción de uno o dos "establecimientos especiales para locos criminales". Pocos años más tarde, en 1887, se produjo un debate en la Academia Médico Quirúrgica en el que intervinieron diversos profesionales procedentes del campo de las ciencias jurídicas y de la medicina como José María Escuder, Ángel Pulido Fernández, José Francos Rodríguez (1862-1931) o los ya citados Salillas y Simarro. Véase: Seguí E.C. (1884), p. 464; Campos, R. (2012), pp.231-237. Victoriano Garrido Escuin, discípulo del catedrático e impulsor del Cuerpo de Médicos Forenses en España, Pedro Mata (1811-1877), ejemplificó las encontradas posturas en su obra: Garrido y Escuin, V. (1888). *La Cárcel o el Manicomio. Estudio médico legal sobre la locura*. Madrid: Casa Editorial de José María Faquinetto.

declarados dementes tampoco se solucionó en la segunda mitad del siglo XIX y, a pesar de la promulgación del Proyecto de ley sobre manicomios judiciales en 1888³¹⁷, sólo se improvisó una Penitenciaría Hospital en El Puerto de Santa María, por Real Orden de 20 de marzo de 1894³¹⁸. En un nuevo intento, se editó el Real Decreto de 1 de septiembre de 1897³¹⁹ y, en 1912, se ordenó construir un psiquiátrico penitenciario³²⁰, sin embargo, tal proyecto no se materializó³²¹.

En el Manicomio de Leganés se han documentado ingresos de procesados dementes desde su fundación³²² y, entre 1900 y 1931 hemos registrado el internamiento de 23 dementes sujetos a los tribunales de justicia (2,2% del total de ingresos en ese periodo). No obstante, Santa Isabel no era el único centro receptor de los enfermos mentales judiciales³²³. Concretamente, el Manicomio de Sant Boi albergaba, en 1906, 47 alienados *“por mandato de los Tribunales de justicia”* (41 hombres y 6 mujeres) entre sus 1300 internados³²⁴.

Según el artículo nueve del Real Decreto del 19 de mayo de 1885, que regulaba la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia, una vez que los procesados por los tribunales eran declarados dementes y se determinaba la necesidad de reclusión en una institución específica, la autoridad competente debía solicitar plaza en el Manicomio, *“previa remisión del testimonio del auto de condena”*. Tras ser recibida la petición de ingreso de la Dirección General de Establecimientos Penales (Sección penitenciaria. Negociado de Sanidad Penitenciaria), se asignaba un turno de espera para el ingreso en el

³¹⁷ Proyecto de ley sobre manicomios judiciales. (10 de abril de 1888). *Gaceta de Madrid*, 101, pp.113-114.

³¹⁸ Real orden aprobatoria del reglamento provisional de la Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María. (22 de marzo de 1894). *Gaceta de Madrid*, 81, p.1102 y Barrios Flores, L. F. (2003). La psiquiatría penitenciaria perspectiva histórica y problemas presentes. *Sociedad española de psiquiatría legal. Ed III*, 17-30. Ocho años antes, en un Real Decreto publicado en diciembre de 1886 se dispuso la creación en Madrid o en sus cercanías de un manicomio penal para la *“reclusión y conveniente tratamiento médico de los delincuentes afectados de cualquier forma de enajenación mental y a la observación de todos los acusados, presuntos locos, siempre que los tribunales de justicia decretaren esta clase de informaciones”*, planificando la creación de una comisión compuesta por tres médicos alienistas (José Letamendi, José María Esquerdo y Luis Simarro), dos académicos de la Real Academia de Medicina (Ángel Pulido y Joaquín Quintana), juristas y arquitectos a la cual se le encomendó redactar un proyecto de ley de manicomio judicial en el plazo de tres meses. Los trabajos de esta comisión dieron sus frutos y el 23 de abril de 1887 se concluyó la redacción del proyecto, sin embargo el texto no prosperó. Véase: Real decreto creando una Penitenciaría hospital en el Puerto de Santa María. (21 de diciembre de 1886). *Gaceta de Madrid*, 355, pp. 897- 898 y Campos, R (2012), p.236.

³¹⁹ Real decreto dictando reglas relativas a la clasificación que se ha de dar a los locos para su responsabilidad penal (5 de septiembre de 1897). *Gaceta de Madrid*, 248, pp. 909-910.

³²⁰ Real decreto disponiendo que en la posición militar del Dueso (Santoña), se constituya un grupo penitenciario, que compondrá de la colonia industrial y agrícola creada por Real decreto de 6 de mayo de 1907, y de un Manicomio judicial de nueva creación. (28 de enero de 1912). *Gaceta de Madrid*, 28, pp.288-292.

³²¹ Barrios Flores, L. F. (2007), p. 475.

³²² Villasante, O. y Candela, R. (2014b). Criminal inpatients in psychiatric institutions. One hundred years of the Leganés National Asylum (1852-1952). En *XVI World Congress of the World Psychiatry Association*. Madrid, 14-18 de septiembre de 2014.

³²³ Véase: Rodríguez Pérez, E. (1980), pp. 40-45; García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.179; Alonso, P., Cobos, T., García, L., Pérez Cipitria, A., Segura, A.I. y Velasco, A. (2004). Los archivos del “Villacián”: casos judiciales. En J. M. Álvarez Martínez y R. Esteban Arnaiz (coords.). *Crimen y locura: IV Jornadas de la Sección de Historia* (pp.135-148). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.

³²⁴ Rodríguez Morini, A. (1906). La asistencia a los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el Manicomio de San Baudilio (Barcelona). *Revista Frenopática Española*, 46, 293-302, p. 299.

Manicomio en una de las tres clases, las mismas que para el resto de los internos. En este sentido, eran frecuentes las irregularidades en el proceso de admisión de estos pacientes que generalmente venían dadas por la saturación de los manicomios que no podían asumir más pacientes y por la rigidez de la administración que enlentecía los trámites, provocando largos periodos de espera para el ingreso de los pacientes que permanecían en las prisiones.

Esta caótica situación no pasó desapercibida por médicos y juristas y, Pedro Dorado Montero (1861-1919), en 1905, denunciaba que determinados delincuentes declarados exentos de responsabilidad permanecían, durante largos periodos en la cárcel, debido al retraso en su traslado al manicomio³²⁵. Así mismo, en la publicación "locos en la cárcel" en la *Revista de prisiones*, en 1901, se denunciaba la situación de "*8 dementes declarados exentos de responsabilidad penal desde 1897 que hasta el corriente están con expedientes terminados y puestos a disposición de la Autoridad Gubernativa, para ser trasladados a un manicomio*"³²⁶. Por su parte, Antonio Rodríguez Morini, en 1906, también aludía a la existencia de muchos de estos alienados en las penitenciarías españolas³²⁷ y, dos décadas más tarde, Salas y Vaca continuaba mostrando esta preocupación al señalar que "*las cárceles están repletas de delirantes que carecen de todo ambiente terapéutico reglado*"³²⁸. En la misma línea, Jaume Escalas i Real (1893-1979), en 1928, denunciaba el retraso que estos pacientes sufrían en su traslado al manicomio, una vez eran declarados irresponsables³²⁹.

Entre las historias revisadas no hemos podido obtener datos concretos sobre el tiempo que los pacientes pasaban en la cárcel antes de ser trasladados al manicomio salvo en el caso de dos dementes. El primero de ellos, un varón de 30 años diagnosticado de "parálisis general de origen traumático", ingresó en el manicomio en marzo de 1905 en categoría de beneficencia (aunque la notificación de la necesidad de traslado se realizó en enero del mismo año) tras permanecer en la cárcel desde agosto del año anterior³³⁰. El segundo, otro varón de 25 años de edad diagnosticado de "síndrome paranoide de interpretación, degenerado perseguido perseguidor celoso" que ingresó en enero de 1916 tras permanecer

³²⁵ Dorado Montero, P. (1906). Errores Judiciales: Locos condenados por los tribunales. En *Los peritos médicos y la justicia criminal* (pp. 263-282). Madrid: Hijos de Reus, p.272.

³²⁶ Locos en la cárcel. (1901). *Revista de las prisiones*, 369-370.

³²⁷ Rodríguez Morini, A. (1906).p.296.

³²⁸ Salas y Vaca, J. (1924a), p.17.

³²⁹ Escalas Real, J. (1928). Sobre el internamiento de los enfermos mentales declarados irresponsables en España (Una disposición acertada). *Archivos de Neurobiología*, 8, 184 – 187, p.185.

³³⁰ Historia clínica XX-141. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

un año en prisión por haber sido exculpado de responsabilidad por la Audiencia en octubre de 1915³³¹. Esta tardanza en el traslado de los pacientes al manicomio también ha sido documentada en periodos anteriores de la institución³³².

La construcción del pabellón de penados y los dementes procesados en el Manicomio de Leganés

En el Reglamento orgánico del Manicomio de Leganés de 1885, como hemos comentado, el hospital se subdividía en diferentes departamentos independientes entre los que destaca el dedicado a enfermos *“sujetos a tribunales de justicia”*³³³. A pesar de esta teórica estructura, no se ha podido documentar la existencia de un departamento específico para pacientes procesados hasta 1900, cuando se acordó la construcción de un pabellón de penados en la institución³³⁴. Dicho departamento, con 48 “celdas” distribuidas en tres plantas y capacidad para 69 dementes, se proyectó además, con retretes en todos los pisos, un *“gran salón para estancia de los asilados”*, un patio y una sala separada, a modo de enfermería, destinada a los internados que, por su “índole especial”, precisaban ser aislados del resto³³⁵. Esta nueva construcción intentaba dar respuesta al aumento de ingresos de locos delincuentes en la institución producido en los años ochenta del siglo anterior³³⁶, y debió albergar tanto a aquellos procesados acumulados durante el siglo XIX como a los 23 pacientes acogidos hasta 1931, a los que se unirían los seis dementes procesados hospitalizados a lo largo de las dos décadas siguientes³³⁷. En algunas instituciones

³³¹ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³³² En un trabajo realizado previamente con los dementes procesados durante los primeros cien años del Manicomio se objetivó que el turno de espera para ingresar en el manicomio superaba en la mayoría de las ocasiones el año. Villasante, O. y Candela, R. (2014b).

³³³ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 90.

³³⁴ La subasta para la edificación de este departamento por el que se abonarían 156.282,28 pesetas, a pagar en tres ejercicios se señaló para el 16 de mayo de 1900. Véase: Subasta para la construcción de un pabellón para penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (2 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 122, p.561; Señalamiento de fecha para la subasta de obras de construcción de un pabellón de penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (8 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 128, p. 641.

³³⁵ *Nuevos apuntes (1912-1915-1918.)* Trabajos de la Dirección General de la Administración. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, p.13.

³³⁶ A partir de la década de los ochenta del siglo XIX se produjo un aumento en el ritmo de ingresos de dementes procesados. El acúmulo de estos pacientes en el manicomio que concentró, mediada la década de los noventa, a 45 dementes “judiciales” produjo complicaciones económicas y administrativas para la institución. La Junta de Patronos de la Casa de Dementes presionó a los administradores, en contra de lo que se establecía en el artículo 106 del Reglamento, solicitando al Gobierno que prohibiera *“el ingreso en dicho manicomio de los procesados declarados dementes por los Tribunales, y que para el cuidado y asistencia de aquellos se establezcan salas o departamentos en los establecimientos correccionales”*, debido a que estos pacientes provocaban el descenso de ingresos de pensionistas en la institución que sostenían económicamente el establecimiento. Véase: Álvarez Uría, F. (1983), p. 234; Salillas, R. (1899), p.128 y Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2635/4. Se puede consultar también: Villasante, O. y Candela, R. (2014b).

³³⁷ Conseglieri, A. (2013), pp. 53-55. En el Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno de 1941 se eliminó el departamento de procesados en coincidencia con el descenso en el número de ingresos. Esta disminución de los pacientes judiciales podría

españolas, a diferencia de Leganés, los pacientes procesados sí se hallaban separados ya desde el siglo XIX y, por ejemplo, el Manicomio de Valencia contaba con un “salón de presos” que, en 1872, albergaba a 32 hombres de un total de 421 pacientes³³⁸.

La mayor parte de los 23 dementes procesados que ingresaron en el Manicomio de Leganés, entre 1900 y 1931, provenían de la cárcel³³⁹, al igual que los casos registrados en el Manicomio de Valladolid³⁴⁰, aunque también se han objetivado dos pacientes que fueron trasladados desde su domicilio³⁴¹ y uno procedente del Hospital General de Madrid³⁴².

La media de edad fue de 34,7 años (DE 12,10), siendo la mínima de 18 y la máxima de 71 años, similar a la registrada entre los procesados que fueron destinados al Manicomio de Valladolid³⁴³. La mayor parte eran varones (19 varones y 4 mujeres) y más de la mitad estaban solteros cuando ingresaron en la institución, porcentaje algo inferior al registrado entre los locos delincuentes internados en el asilo vallisoletano³⁴⁴. El 58,3% de los dementes sujetos a los tribunales de justicia ingresaron en la categoría de beneficencia y el 37,5% en pensionista, mientras que en la población general, como veremos, estas cifras suponían el 34,2% y el 64,5% respectivamente.

El listado de oficios que encontramos al revisar las historias clínicas de estos pacientes es muy variado y refleja casi tantas profesiones como dementes penados, al igual que la estadística de procesados descrita por Salillas en 1899. Sea cual fuere su ocupación, la mayoría no tenían una formación académica en el momento del ingreso en el manicomio -comerciante, jornalero, empleado, pastor, relojero, sirviente, impresor, cochero, hortelano³⁴⁵- habiendo registrado tan solo uno con estudios cualificados-oficial de

relacionarse con la construcción del Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel en Madrid, inaugurado el 22 de junio de 1944. Véase: Reglamento orgánico de 1941.

³³⁸ García Rodríguez, A. (2006). Del asilo de dementes al Manicomio de Valencia en el siglo XIX. En: L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 197-337). Valencia: Ajuntament de Valencia, p. 232.

³³⁹ Sobre las instituciones penitenciarias madrileñas, véase Trinidad Fernández, P. (1982). La reforma de las cárceles en el siglo XIX: las cárceles de Madrid. *Estudios de historia social*, 22-23, 69-188.

³⁴⁰ Alonso, P. et al., p.144.

³⁴¹ Conviene recordar que en España se permitía que las familias cuidaran de éstos, traspasándoles la responsabilidad de su tutela. A juicio de Bercovitz, a diferencia de códigos como el italiano o francés, la legislación española consideraba la libertad del individuo como una cuestión de máxima importancia. Bercovitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus, pp.41 y ss.

³⁴² Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Ya en el siglo XIX se habían registrado la presencia de pacientes sujetos a los tribunales de justicia en el Hospital General. Así, en el año 1877, dos de los 159 pacientes dementes en observación figuraban por orden judicial, lo que, a juicio de Enrique González Duro, hablaría en favor de la escasa criminalidad de los alienados de la época. Véase: González Duro, E. (1975), p.10. De hecho, hemos encontrado alusión a la existencia de una sala de presos en dicha institución. Historia clínica XIX-734. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁴³ Alonso, P. et al, p.142.

³⁴⁴ *Ibidem*, p.142.

³⁴⁵ Estos datos son similares a los ofrecidos por Salillas a finales de siglo XIX en la que exponía que más de la mitad de los locos procesados contabilizados en la estadística de 1888 (esto es, 284) eran labradores y jornaleros. Tan solo se registraban dos casos con formación universitaria (abogados). Salillas, R. (1899), p.136.

telégrafos e ingeniero³⁴⁶- y dos estudiantes sin que se especificara en qué tipo de estudios³⁴⁷. A principios de siglo XX, Dorado Montero, haciendo alusión a la relación entre trabajadores del ejército y la enfermedad mental, destacaba lo siguiente:

*"Forman parte del ejército no pocos degenerados, epilépticos y, en general, individuos que carecen de la integridad de su personalidad psíquica y de su autodomínio espiritual, por lo que fácilmente incurren en faltas y por ello son castigados"*³⁴⁸.

De los 23 pacientes procesados o penados que ingresaron en los primeros treinta años del siglo XX en el Manicomio de Leganés solo dos eran militares de profesión³⁴⁹. En este sentido, cabe destacar el caso de un varón de 27 años de edad con diagnóstico de "síndrome degenerativo, dromomanía impulsiva" de profesión soldado, que ingresó en abril de 1919 procedente del Hospital Provincial. En la historia clínica hemos encontrado mucha correspondencia con la capitanía general, ya que el paciente estaba procesado por insulto a superior y no podía ser dado de alta del manicomio hasta que le indultaran de los 42 días de prisión militar correccional pendientes por el delito cometido, indulto que se produjo en enero de 1920. Como dato interesante, señalar que en su historial hemos hallado una carta de Gonzalo Rodríguez Lafora dirigida a José Salas y Vaca, en el que el psiquiatra madrileño exponía que tras la observación del paciente lo consideraba *"un caso de constitución psicopática impulsiva, quizá un demente precoz latente"* (figura 6).

³⁴⁶ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁴⁷ Historias clínicas XX-126 y XX-367. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁴⁸ Dorado Montero, P. (1905), p.272. En esta publicación, el autor alude a la exposición en un congreso celebrado en Rouen en junio de 1905 de M. Giraud, director del asilo de Saint Yon, en la que llama la atención sobre el gran número de soldados que son reformados por causa de enajenación mental.

³⁴⁹ Historias clínicas XX-573 y XX-968. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Dr. Gonzalo R. Lafora
Enfermedades nerviosas y mentales
Paseo del Prado, 28

de 3 a 5

L. Dr. Salas y Vaca

Mi distinguido amigo: La madre del enfermo
me pide de parte de V. una nota sobre lo obser-
vado por mí en este enfermo y se lo voy a
poner brevemente de mis notas escritas por
yo cuando yo puse al enfermo.

Lo considero como un caso de Cons-
titución psicopática impulsiva, quizá
un demente precoz latente. Es hijo de
un padre nervioso y de parientes idem.
Muy dado al alcohol y desde niño fue
descolado y difícil de manejar. Creo que
ahora ~~manifiesta~~ está indiferente. No hay
anteriores infiltraciones.

Suyo afecto amigo y compañero:
G. R. Lafora

Figura 6. Carta remitida por Gonzalo Rodríguez Lafora a José Salas y Vaca. Fuente: Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Así mismo, se ha encontrado un escrito del propio paciente dirigido al Jefe Facultativo reconociendo su "enfermedad" del que podemos destacar el siguiente fragmento:

*"Todos los actos de mi vida tienen un parecido muy grande (...) las mujeres, las bebidas, amigos de todas las esferas sociales y sobre todo un ansia nunca satisfecha de placeres nuevos (...) terminada una de estas acciones me pesaba y sentía el haber disgustado a mis padres y me avergonzaba de mi proceder (...) estos datos creo serán suficientes para que usted diagnostique mi estado y me imponga el régimen curativo que convenga"*³⁵⁰.

Tras la observación del paciente en el manicomio, Salas le describió como *"fiel cumplidor y de perfecta conducta moral como síntesis objetiva de una mentalidad normal, al menos dentro del establecimiento"*, comunicando a la familia la improcedencia de continuar con la reclusión. No obstante, ante la reticencia del padre del demente al alta, se le aconsejó una *"tutela defensiva pero jamás la reclusión permanente de un individuo que en la actualidad no es peligroso para la familia u orden social"*. Finalmente, el paciente fue dado de alta definitiva por prescripción facultativa seis meses después de ser indultado, en junio de 1920³⁵¹.

Hemos encontrado alusión al delito cometido en las historias clínicas de 19 de los 23 pacientes procesados hospitalizados en las tres primeras décadas del siglo XX. El delito más frecuente fue el homicidio -siete casos que corresponden a más de una cuarta parte del total-, frecuencia similar a la encontrada en el trabajo realizado con los casos de locos delincuentes en el Manicomio de Valladolid³⁵². Entre los asesinatos destacar que en cuatro ocasiones, las víctimas fueron las esposas o novias de los dementes procesados y que, en todos los casos, los homicidas fueron varones. Le siguen en frecuencia los delitos de agresión con una frecuencia del 21% (cinco casos), dato que también se encuentra entre los procesados vallisoletanos. Entre los menos frecuentes, mencionar los delitos por amenazas, robo (en tres ocasiones), insulto a superior, rebelión y estafa y usurpación³⁵³.

El análisis de los evolutivos en la subpoblación penada alcanza una media de 10,36 (DE 6,92) registros por paciente, muy reducido si tenemos en cuenta que la estancia media llegó a los 14,40 (DE 14,07) años, pero superior al resto de la población manicomial³⁵⁴, posiblemente porque la potencial peligrosidad de éstos llevara implícita una mayor

³⁵⁰ Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En el capítulo III de esta tesis abordaremos de forma más detenida el estudio de los escritos realizados por los pacientes que han sido encontrados en las historias clínicas.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² Alonso, P. et al, p.144.

³⁵³ Los delitos cometidos en el siglo XIX fueron, en los primeros años de carácter menor como resistencia a la autoridad, robo, amenazas y desobediencia al juez o piromanía, si bien, a partir de la década de los setenta aumentaron en gravedad. Así, en 1892, año en el que se contabilizaron el mayor número de ingresos de pacientes sujetos a los tribunales de justicia, se ha registrado el ingreso de tres procesados por asesinato u homicidio. Villasante, O. y Candela, R. (2014b).

³⁵⁴ El número medio de registros evolutivos para la población general fue, como veremos en el capítulo IV de este trabajo, de 6,26 (DE 6,07) y la estancia media de 7,94 (DE 11,4).

atención médica. Esta cifra es mayor que lo registrado en el Manicomio de Valladolid, donde no llega a uno por paciente³⁵⁵. El internamiento definitivo, habitualmente hasta el fallecimiento del paciente, fue muy común en las instituciones psiquiátricas, cuestión que se reflejó entre los procesados, institucionalizados hasta su fallecimiento en un 73,9% de los casos, porcentaje algo superior al del resto de la población hospitalaria en esos años.

El dictamen facultativo: los diagnósticos de los procesados

En el conjunto de historias revisadas hemos podido documentar que, en cinco pacientes, desde los juzgados se solicitaban certificados a los facultativos del manicomio en relación a la enfermedad del “demente delincuente”. Es el caso de un varón de 33 años de edad, ingresado en enero 1917 y diagnosticado de “paranoia de interpretación de forma aguda” por el que se solicitó un dictamen pericial. Ante la demanda del juzgado, que solicitaba un juicio de imputabilidad, José Salas y Vaca, determinó en agosto de ese año que *“la agresión a que el juzgado se refiere pudo ser cometida dentro de un estado de perturbación mental”*. Este paciente fue dado de alta en octubre de 1918 *“por acuerdo de (...) la Audiencia Provincial de Madrid y previa autorización de la Dirección General de la Administración”* estando curado³⁵⁶. Las solicitudes de los jueces de valoraciones sobre la imputabilidad de los delincuentes habían generado, en las últimas décadas del siglo XIX, numerosos debates y publicaciones, emprendiéndose por parte de los alienistas una campaña de legitimización de la especialidad³⁵⁷. De hecho, el dictamen pericial de Francisco Otero González, un frustrado regicida que atentó contra Alfonso XII y su esposa en 1879, se ha considerado el primer ensayo para la gran ofensiva en los tribunales de José M^a Esquerdo³⁵⁸. Las actuaciones de los médicos españoles como peritos en otros célebres casos se pueden rastrear, en la España de la restauración monárquica, en algunos casos célebres como el cura Galeote o el citado Manuel Morillo, ambos hospitalizados en Leganés³⁵⁹.

³⁵⁵ Alonso, P. et al. p.146.

³⁵⁶ XX-495. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁵⁷ Huertas, R. (2002c), p.19.

³⁵⁸ Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007c). La imbecilidad como exención de responsabilidad: el peritaje de Esquerdo en el proceso judicial de Otero. *Frenia*, 7, 213-228, p. 219.

³⁵⁹ Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds.). (1979). *El Cura Galeote, asesino del Obispo de Madrid-Alcalá. Proceso Médico-Legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*. Madrid: La Piqueta; Campos Marín, R. (2003). Criminalidad y locura: el cura Galeote. *Frenia*, 3(2), 111-145. Sobre Manuel Morillo que, en 1883, asesinó a la madre de su novia y disparó al padre de ésta, se ha analizado el caso, añadiendo al discurso de los expertos la subjetividad del paciente a través de unas cartas que justificaban su crimen. Véase Campos Marín, R. (2010). Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso Morillo (1882-1884). *Frenia*, 10(1), 95-122. También se puede consultar: Campos Marín, R., Martínez Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000) y Campos, R. (2012).

Salillas, se mostraba preocupado porque la información de los testigos fuera más determinante que el dictamen pericial a la hora de decidir la imputabilidad de un paciente³⁶⁰. En concordancia con esto, nos gustaría destacar el caso de una mujer de 46 años diagnosticada de "síndrome paranoide, perseguida", hospitalizada en abril de 1920, procedente de la cárcel, donde había sido conducida tras cometer un delito de robo. En la historia clínica hemos podido tener acceso a una copia expediente judicial en el que, además de la declaración de la propia procesada demente y de las reclusas e hija de la caridad cercanas a ésta en prisión, se transcribía el dictamen facultativo del médico forense y del médico de prisión que certificaron "*síntomas inequívocos de alteración mental de forma melancólica*". Merece la pena resaltar cómo se dedican bastantes líneas en el mencionado expediente a transcribir de manera precisa la "versión" de otras reclusas o de la hija de la caridad de la prisión, teniendo esta información en cuenta para el dictamen judicial definitivo³⁶¹.

Del análisis de los diagnósticos (figura 7) se objetiva una importante variabilidad nosográfica, siendo los más frecuentes los de demencia precoz (en cinco casos) y aquellos que toman terminología relacionada con degeneración (cinco casos) como degeneración mental (2), síndrome degenerativo (1), síndrome paranoide de interpretación (degenerado perseguido perseguidor celoso) (1) y degenerado moral (1), este último como segundo diagnóstico. Los diagnósticos de degeneración alcanzan el 21% del total, porcentaje significativamente mayor que en la población general del manicomio en esos años³⁶², e incluso mayor que durante el ejercicio de José Salas y Vaca. Sin duda, como veremos, durante la jefatura de este neuropsiquiatra los diagnósticos de degeneración fueron más frecuentes que en otros periodos históricos de la institución (10% del total)³⁶³. No hay que olvidar que, desde Cesare Lombroso (1835-1909) y su *L'uomo delinquente*³⁶⁴, numerosas publicaciones vinculaban la delincuencia con la degeneración³⁶⁵.

³⁶⁰ Salillas, R. (1899), p.140.

³⁶¹ Historia clínica XX-611. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁶² En el capítulo V de esta tesis se abordará el estudio de la nosografía de la población general de forma más detallada.

³⁶³ Villasante O. y Candela R. (2014a). El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En: S. Brigidi y J. M. Comelles (eds.). *Locuras, cultura e historia* (pp.67-85). Tarragona: Publicacions URV; Candela, R. y Villasante O. (2013). Degeneracionismo y "escritura" en el Manicomio de Leganés: José Salas y Vaca. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez, O. y Villasante, O. (eds). *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp.301-310). Madrid: AEN.

³⁶⁴ Lombroso, C. (1876). *L'uomo delinquente*. Milano: Ulrico-Hoepli.

³⁶⁵ Peset, J. L. (1983), pp.110-113 y 164-176. Al respecto se puede consultar también: Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000) y Huertas García-Alejo, R. (1987) y Campos, R. y Huertas, R. (2012). Lombroso but not lombrosians? Criminal Anthropology in Spain. En P. Knepper y P. J. Ystehede (eds.). *The Cesare Lombroso Handbook* (pp.309-323). Abingdon: Routledge.

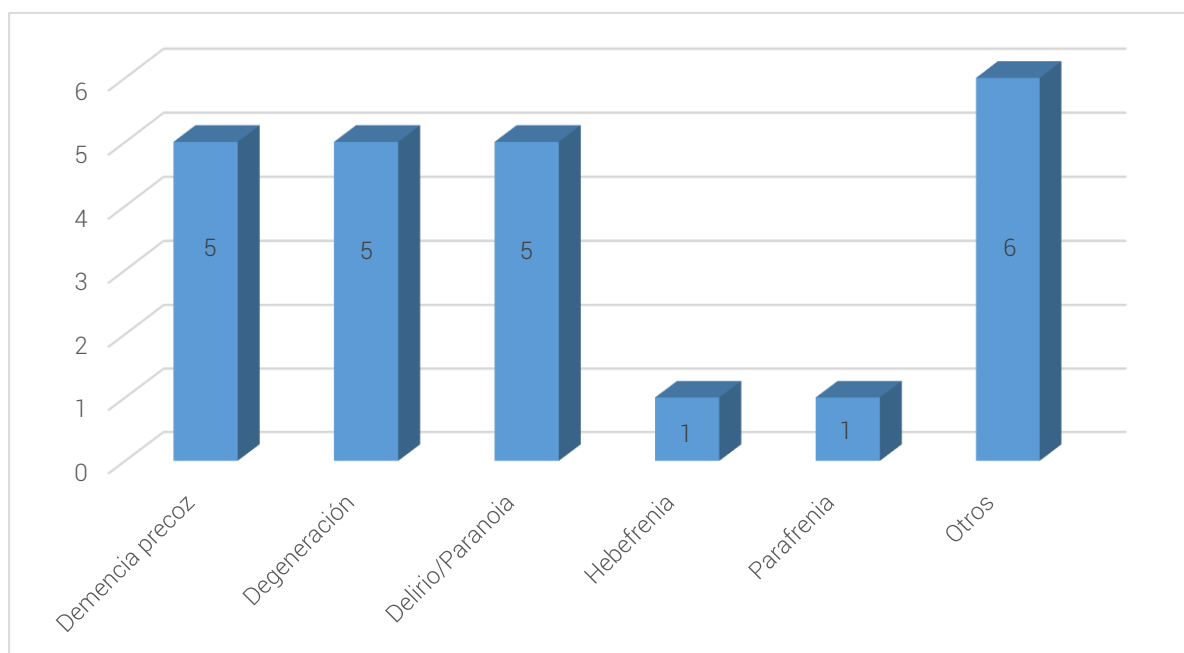


Figura 7. Número de diagnósticos de los pacientes procesados ingresados en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Esta diversidad terminológica se puede mostrar con el caso de este varón de 34 años, diagnosticado de demencia precoz catatónica, que ingresó, en agosto de 1927, procedente de la cárcel por haber asesinado a su novia *“a golpes de hacha”*. En la historia hemos registrado un manuscrito detallando que el paciente *“toda su vida ha presentado estigmas psíquicos de degeneración bien manifiesta, siendo los más frecuentes los morales”*. Además, cuenta con un certificado facultativo (figura 8), expedido a petición del juzgado en 1934, que explicitaba lo siguiente:

*“que ha sido siempre un psicópata constitucional (...) que su peligrosidad sigue siendo la misma que al ingresar en este establecimiento y es muy probable que el homicida libre realizara con cualquier pretexto actos delictivos análogos al que motivó su procesamiento y reclusión. Por estas razones y además como este establecimiento es un Manicomio (...) ni desde el punto de vista material de los locales que disponemos, ni del personal encargado de la vigilancia, reúnen las condiciones necesarias para asegurar la eficaz custodia de los alienados que en el existen, procede el traslado de F. M. M. a una de las instituciones antes llamadas Manicomios judiciales y que ahora se denominan asilos de seguridad”*³⁶⁶.

³⁶⁶ Historia clínica XX-844. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

El enfermo F. M. M. padece una ~~demenia~~ ^{demenia} pura
 estrictamente en fase de ~~iniciación~~ ^{iniciación} ~~avanzada~~ ^{avanzada}, ~~avanzada~~ ^{avanzada}
 favorecida y sostenida por la vida manicomial pero en
 aquella enfermedad es radicalmente incurable y ~~venimos~~ ^{venimos}
 en la ~~conclusión~~ ^{conclusión} de este enfermo ~~en los datos~~ ^{en los datos}
 que ~~circulan~~ ^{circulan}
 que ha sido ~~niemore~~ ^{niemore} un ~~psicopata~~ ^{psicopata} ~~constituido~~ ^{constituido}
 con inestabilidad ~~decentada~~ ^{decentada}, ~~exploraciones~~ ^{exploraciones} ~~indolentes~~ ^{indolentes}
 inestables de afectos ~~inestables~~ ^{inestables}, ~~est~~ ^{est}, ~~venida~~ ^{venida} ~~ya~~ ^{ya}
~~patiporidad~~ ^{patiporidad}, ~~inque~~ ^{inque} ~~viene~~ ^{viene} la ~~niemore~~ ^{niemore} ~~para~~ ^{para} ~~el in-~~ ^{el in-}
~~preen~~ ^{preen} en este ~~establecimiento~~ ^{establecimiento} ~~y~~ ^y ~~es~~ ^{es} ~~un~~ ^{un} ~~psicopata~~ ^{psicopata}
 Me ~~para~~ ^{para} ~~el~~ ^{el} ~~hacer~~ ^{hacer} ~~vida~~ ^{vida} ~~libre~~ ^{libre}, ~~de~~ ^{de} ~~se~~ ^{se} ~~con~~ ^{con} ~~el~~ ^{el}
 cualquier ~~reberto~~ ^{reberto} ~~actos~~ ^{actos} ~~delictivos~~ ^{delictivos} ~~ocurridos~~ ^{ocurridos} ~~el~~ ^{el} ~~que~~ ^{que}
~~motivos~~ ^{motivos} ~~en~~ ^{en} ~~procuramiento~~ ^{procuramiento} ~~y~~ ^y ~~reclusión~~ ^{reclusión}.
 Por ~~estas~~ ^{estas} ~~razones~~ ^{razones} ~~y~~ ^y ~~demás~~ ^{demás} ~~como~~ ^{como} ~~este~~ ^{este} ~~estable-~~ ^{estable-}
~~cimiento~~ ^{cimiento} ~~es~~ ^{es} ~~un~~ ^{un} ~~manicomio~~ ^{manicomio} ~~que~~ ^{que} ~~se~~ ^{se} ~~elimina~~ ^{elimina}
~~de~~ ^{de} ~~si~~ ^{si} ~~desde~~ ^{desde} ~~el~~ ^{el} ~~punto~~ ^{punto} ~~de~~ ^{de} ~~vista~~ ^{de} ~~material~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~los~~ ^{de}
~~locales~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~para~~ ^{de} ~~disponerlos~~ ^{de}, ~~ni~~ ⁿⁱ ~~del~~ ^{del} ~~personal~~ ^{del}
~~compado~~ ^{compado} ~~de~~ ^{de} ~~la~~ ^{de} ~~vigilación~~ ^{de}, ~~venen~~ ^{venen} ~~las~~ ^{de} ~~condicio-~~ ^{de}
~~nes~~ ^{de} ~~necesarias~~ ^{de} ~~para~~ ^{de} ~~expresar~~ ^{de} ~~la~~ ^{de} ~~eficaz~~ ^{de} ~~custo-~~ ^{de}
~~dio~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~los~~ ^{de} ~~atendidos~~ ^{de} ~~que~~ ^{de} ~~en~~ ^{de} ~~el~~ ^{de} ~~existen~~ ^{de}, ~~procede~~ ^{de} ~~el~~ ^{de}
~~trabajo~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~F. M. M.~~ ^{de} ~~o~~ ^{de} ~~una~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~las~~ ^{de} ~~instituciones~~ ^{de}
~~de~~ ^{de} ~~los~~ ^{de} ~~Manicomios~~ ^{de} ~~Manicomios~~ ^{de} ~~judiciales~~ ^{de} ~~y~~ ^{de} ~~que~~ ^{de} ~~a~~ ^{de}
~~hora~~ ^{de} ~~se~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~Manicomios~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~los~~ ^{de} ~~de~~ ^{de} ~~separados~~ ^{de}

Figura 8. Certificado médico manuscrito. Fuente. Historia clínica XX-844. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Este texto es la única alusión encontrada que plasma la necesidad de traslado de un paciente procesado a un establecimiento mejor acondicionado, sin embargo, la demanda fue desoída y el interno permaneció en la institución hasta su fallecimiento en 1937.

A lo largo del presente capítulo se ha podido comprobar cómo, si bien el Manicomio de Leganés fue inaugurado en el medio de un debate sobre la institución modelo, no cumplía a principios del siglo XX las condiciones para considerarse un establecimiento terapéutico ya que, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas que obligaron a un número nada despreciable de reformas para ampliarlo o acondicionarlo. En las primeras décadas del siglo XX se realizaron obras arquitectónicas entre las que destacan la construcción de un pabellón independiente para los dementes procesados en 1900, la resolución del expediente de abastecimiento de agua y la ampliación del departamento de distinguidos en sus dos sexos. Además de estas reformas y, especialmente durante la jefatura de José Salas y Vaca, se intentaron otras mejoras para modificar el carácter benéfico asilar y custodialista del establecimiento entre las que destacan, como veremos a lo largo del capítulo II y III de esta tesis, la implantación del laboratorio clínico, la reforma del gabinete de hidroterapia, la reestructuración del servicio de electroterapia, y el aumento en la dotación de personal tanto médico como subalterno. A pesar de todo, estas reformas no se tradujeron en una modernización de la asistencia psiquiátrica que recibían los pacientes la cual se caracterizó por la escasez en la administración de medidas terapéuticas y las estancias muy prolongadas, generalmente hasta el fallecimiento de los pacientes.

CAPÍTULO II

PERSONAL MÉDICO Y SUBALTERNO DE LA INSTITUCIÓN ENTRE 1900 Y 1931

PERSONAL MÉDICO Y SUBALTERNO DE LA INSTITUCIÓN ENTRE 1900 Y 1931	113
PERSONAL DEL HOSPITAL	115
Los empleados del Manicomio Nacional en el cambio de siglo	117
Los trabajadores de la Casa de dementes de Santa Isabel en el siglo XX	121
EL PERSONAL SUBALTERNO: PRACTICANTES Y ENFERMEROS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	126
La escasez de practicantes	128
De criados a mozos enfermeros	132
EL PODER DEL PERSONAL RELIGIOSO	135
Las hijas de la caridad: entre el cuidado de los enfermos y la gestión económica de la institución	136
El académico Juan Pérez de Guzmán y Sor Teresa Viver	138
La inauguración de la nueva capilla en el Manicomio	142
LOS MÉDICOS Y SUS FUNCIONES	148
Las funciones de los facultativos	151
Ignacio del Mazo Almazán: de Jefe Facultativo a médico residente	153
Ramón Ezquerro Baig (-1911): un afamado neurólogo	156
Las acusaciones de arbitrariedad a Ezquerro en la prensa	159
Antonio Yunta Carrascosa: médico auxiliar del Manicomio	165
Aurelio Mendiguchía Carriche (1894-1965): médico titular de Leganés y neuropsiquiatra	167
Antonio Martín-Vegués y Jáudenes (1879-): médico y alcalde	170
La incorporación de Enrique Fernández Sanz (1872-1950) al Manicomio de Leganés	172
La producción científica de Enrique Fernández Sanz	178
La actividad clínica de Fernández Sanz en el Manicomio de Santa Isabel	182
El laboratorio y sus médicos: los Fernández Méndez	186

PERSONAL DEL HOSPITAL

A lo largo del segundo y tercer capítulo de esta tesis se acometerá el estudio del personal que desempeñó sus funciones en el Manicomio Nacional de Leganés, durante las tres primeras décadas del siglo XX. Si bien no es nuestro objetivo central, conocer quienes trabajaban en la institución nos puede aportar datos que permiten entender algunas cuestiones asistenciales y terapéuticas. No resulta fácil reconstruir las relaciones entre los empleados ni sus vínculos con los pacientes y la administración, debido a que prácticamente no existen documentos en el Archivo Histórico de la institución, ni en el resto de los archivos consultados. Gran parte del capítulo se ocupará de la actividad asistencial de los médicos y el resto del personal del establecimiento, pero, dado que algunos de ellos son prácticamente desconocidos, se van a aportar datos biográficos que permiten dar cuenta del lugar que éstos ocuparon en el desarrollo de la disciplina y, en concreto, en el propio Manicomio Nacional. La mayoría de la información personal y profesional de los facultativos se ha obtenido de los expedientes colegiales del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, así como de los expedientes académicos conservados en el Archivo Histórico Nacional y el Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Así mismo, se ha consultado la documentación de los expedientes de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, custodiados en la Sección del Personal de la Universidad Complutense de Madrid. El análisis exhaustivo de la prensa de la época con la revisión de todas las noticias publicadas relativas a los médicos del manicomio ha sido, así mismo, de gran valor para aproximarnos a cuestiones biográficas y profesionales de los clínicos de la institución.

Más difícil aún ha sido conocer otros empleados no médicos, ya que de algunos no tenemos ni siquiera su filiación. Concretamente, en el colectivo “subalterno”, auxiliar del médico, y que, popularmente, se nombraban como “loqueros”, se engloba diferente personal de cuidado y vigilancia que varía, en ocasiones, según las instituciones psiquiátricas y las épocas, por lo que en el texto trataremos de mantener la nomenclatura original utilizada en las fuentes. Entre este heterogéneo grupo, generalmente de escasa formación, había muchos vecinos de Leganés cuyo acceso a la institución era fácil y no dependía de los lentos desplazamientos en aquella época. La información relativa a estos empleados se ha obtenido de algunos documentos de archivo hallados en las historias y de la *Memoria histórica del hospital de*

dementes de Santa Isabel de Leganés (1896)³⁶⁷, firmada por Eduardo Viota y Soliva, el que fuera administrador depositario de la institución desde 1884. Esta monografía nos ofrece una detallada historia sobre el establecimiento desde su fundación hasta finales del siglo XIX, permitiendo así conocer muchos datos de la misma en el inicio de nuestro periodo de estudio. Así mismo, hemos obtenido información de *Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión* (1912-1915-1918)³⁶⁸, fuente conservada en la Biblioteca Nacional en la que se realiza una descripción de la organización y estado de los Servicios de la Beneficencia en España y, en concreto, se aportan notas sobre los empleados del Manicomio Nacional entre 1909 y 1911.

Por otra parte, los trabajos de Salas y Vaca, *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*³⁶⁹, editado en 1924 y, especialmente, *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*³⁷⁰, difundido en 1929, aportan numerosos datos sobre el personal, tanto médico como “de custodia”, que desarrolló su actividad clínica en el establecimiento y, la monografía de Juan Pérez de Guzmán y Gallo, *Sor teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*, donde el académico analiza la figura de esta religiosa que estuvo en el Manicomio cerca de sesenta años³⁷¹, nos ofrece información sobre las hermanas de la caridad. Por último, ha sido de gran valor el artículo sobre la institución, publicado en *El Heraldo de Madrid* el 29 de abril de 1929, en el que el entonces administrador depositario, Ramiro Llera y Téllez, señalaba, entre otras cuestiones, la relación de personal con la que contaba el establecimiento³⁷².

A veces, la información es discordante, de manera que se citará, en cada caso, la fuente de la que se ha obtenido. Es obvio que nos ocuparemos del personal de la institución en las primeras décadas del siglo XX, sin embargo, nos parece relevante introducir algunas nociones sobre los trabajadores en el periodo decimonónico para poder valorar los cambios durante nuestro periodo de estudio.

³⁶⁷ Dada la amplitud de la bibliografía se repetirán las primeras citas completas en cada capítulo de esta tesis doctoral. Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial.

³⁶⁸ *Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de la Administración*. (1912-1915-1918). Madrid: Sucesores de Rivanedeyra.

³⁶⁹ Salas y Vaca, J. (1924a). *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos.

³⁷⁰ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas.

³⁷¹ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Imprenta de Fortanet.

³⁷² Montero, L. (29 de abril de 1929). La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*, p. 8.

Los empleados del Manicomio Nacional en el cambio de siglo

La primera regulación oficial de los empleados de la Casa de Santa Isabel y sus funciones fue detallada en el Reglamento de 1873³⁷³, si bien en la Orden Orgánica de 5 de mayo de 1852, dictada por Melchor Ordóñez, ya se organizaban algunas tareas, fundamentalmente de las hijas de la caridad. La disposición de 1873 se mantuvo hasta 1885, año en que se aprobó por el Ministro de la Gobernación, Francisco Romero Robledo, el *Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés* de 1885³⁷⁴, el cual no supuso cambios sustanciales con respecto al de 1873. Dado que en el momento de su inauguración se trasladaron poco más de 40 pacientes, población que en 1868 ya llegaba a 190 asilados, el Manicomio precisó un aumento de personal, realizado sobre todo, a expensas de las hermanas de la caridad que, como hemos comentado, gozaban de gran cantidad de prerrogativas. De hecho, las religiosas asumieron, durante los dos primeros años de funcionamiento de la institución, toda la administración, gobierno y economía del establecimiento³⁷⁵. Exceptuando las primeras décadas, en las que sí se observó un significativo aumento de la ocupación manicomial, posteriormente y, hasta principios del siglo XX, ésta se mantuvo sin grandes variaciones no llegando a superar los 200 asilados³⁷⁶. A diferencia de lo que ocurrió con la dotación de religiosas, el personal asistencial del hospital no se modificó prácticamente a lo largo del siglo XIX. Los datos relativos a los trabajadores que ejercían en el establecimiento durante el periodo decimonónico varían en las distintas fuentes consultadas, por lo que hemos optado por ilustrar el personal de acuerdo a la información aportada en la *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés* de Eduardo Viota y Soliva, porque trabajaba en la propia institución. Según el administrador depositario del Manicomio, en 1868 el establecimiento contaba con un médico y dos practicantes, que a finales de siglo se redujeron a uno. No obstante, se produjo un modesto aumento de trabajadores, como se ha comentado, a expensas de las hijas de la

³⁷³ *Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General*. (1873). Madrid: Imprenta Nacional. Capítulo XIX.

³⁷⁴ Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (15 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450. En adelante se citará: Reglamento orgánico de 1885.

³⁷⁵ Villasante, O. (2008). Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenía*, 8, 33-68.

³⁷⁶ Esta población manicomial es bastante pequeña si la comparamos con otras instituciones en la época. Así, el Manicomio de Valencia, en 1901 contaba ya con 576 internos, diferencia poblacional que también se evidenciaba en la plantilla facultativa, ya que el asilo valenciano contó con un mínimo de tres facultativos que llegaron en ocasiones a cinco durante todo el primer tercio del siglo XX. Al igual que ocurría con esta institución, el Manicomio de Valladolid que ya albergaba, en el año 1907, 900 enfermos, siguió aumentando su población en las siguientes décadas y, en el año 1932, llegó a un total de 1600 pacientes. Véase: Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia, p. 438; García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, p. 244.

caridad. Si en la inauguración se contaba con ocho hermanas, su número se dobló en la siguiente década y, a finales del siglo XIX, eran más de dos decenas de religiosas³⁷⁷. Así mismo, se aumentó ligeramente, la dotación de la "servidumbre" que, en 1868, constaba de 25 trabajadores, 20 de los cuales eran criados y a finales del siglo, se añadían un maquinista, un guarda exterior, un vaquero, un acólito y un barbero, suprimiéndose la figura del hortelano, hasta la cifra de 29, tal y como se muestra en la tabla 1:

Año	1868	1896
Personal administrativo	Director Secretario Contador Comisario de entradas Auxiliar arquitecto	Administrador depositario Interventor Escribiente auxiliar
Personal facultativo	1 Médico especial 2 Practicantes	1 Médico especialista 1 Practicante
Personal religioso	1 Capellán 16 Hijas de la caridad	1 Capellán 22 Hijas de la caridad
Servidumbre	12 criados (nombrados por el Director) 8 criadas (nombradas por la Superiora) Un celador, un portero, un ordenanza, un cochero, un hortelano	12 mozos enfermeros 8 lavanderas Un celador, un portero, un ordenanza, un cochero, un guarda exterior, un vaquero, un maquinista de balneario, un acólito y un barbero

Tabla 1. Plantilla del Manicomio Nacional de Leganés a lo largo del siglo XIX. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos por Viota y Soliva³⁷⁸

Llama la atención el cambio observado en la terminología referente al personal que se encargaba de los cuidados de los asilados. Como vemos, en las primeras décadas de su fundación se denominaban "criados", mientras que a finales del siglo XIX Viota se refiere a "mozos enfermeros", en el caso de los cuidadores de varones y "lavanderas" para aquellas dedicadas a la población manicomial femenina. Conviene señalar que en el Reglamento orgánico de 1885 se regulaban como funciones de los mozos enfermeros, además de la limpieza del establecimiento, el aseo, vestido y cuidado de los enfermos. Por otra parte, las criadas se ocupaban del lavado de ropas, coladas y limpieza de la cocina³⁷⁹. Aunque la población masculina superaba, como veremos, a la femenina, las diferencias en el número de "mozos enfermeros" y criadas, nos llevan a pensar que las religiosas prestaban sus cuidados principalmente en el departamento de mujeres.

Este reglamento, vigente durante el primer tercio del siglo XX, establecía como "empleados y dependientes del manicomio", un médico - Jefe Facultativo -, un médico agregado³⁸⁰, un

³⁷⁷ Viota y Soliva, E. (1896), p.63.

³⁷⁸ *Ibidem*, pp. 113 y 178.

³⁷⁹ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 47-50.

³⁸⁰ Como veremos en el desarrollo de este capítulo, la terminología empleada para la designación de los médicos sin funciones de jefatura-agregado, residente, auxiliar- varía en función de la fuente, por lo que hemos optado por mantener la original sin que hayamos podido saber con exactitud si cada uno de estos términos conllevaba distintas funciones.

practicante, 14 hijas de la caridad, un administrador depositario, un comisario interventor, un capellán, un barbero, un mozo maquinista encargado del balneario y un acólito. Así mismo disponía que formarían parte de los empleados *“el número de celadores, ordenanza y sirvientes que acuerde la Junta de patronos, dentro de las cantidades consignadas para estos servicios en los presupuestos”*³⁸¹, siendo en este apartado menos específico que el Reglamento de 1873 que especificaba seis enfermeros y una criada, así como dos practicantes en vez de uno³⁸².

Además de los datos aportados por Viota y los dispuestos en el reglamento vigente, hemos recuperado un Proyecto de presupuesto del establecimiento correspondiente al año económico de 1896/1897, conservado en el Archivo Histórico Nacional (figura 1). Se recoge la relación de personal y los gastos relativos a los trabajadores del manicomio que percibían unos sueldos entre las 182 pesetas anuales del acólito, y las 3000 percibidas por el administrador depositario y el médico especialista. En la tabla 2 detallamos el personal incluido en el citado presupuesto dado que, probablemente, es el que se mantenía a principios de siglo. Destaca la ausencia de practicante ya que, como hemos visto, si hemos encontrado referencias a la presencia de éstos en la institución tanto en el siglo XIX, como en nuestro periodo de estudio.

³⁸¹ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 6.

³⁸² Reglamento orgánico de 1873. Título III. Capítulo 9

Cargo en el Manicomio	Salario (pesetas/año)
Un administrador depositario ³⁸³	3000
Un médico especialista	3000
Otro médico auxiliar	1500
Un interventor ³⁸⁴	2000
Un escribiente auxiliar ³⁸⁵	1250
Un capellán	1125
Diez y seis hermanas de la caridad	125
Un celador de departamentos	750
Un ordenanza	700
Un portero	700
Un guarda exterior	700
Un cochero carretero	456
Un hortelano jardinero	450
Un vaquero	700
Dos mozos enfermeros para los departamentos de sucios y agitados	500
Diez mozos enfermeros para los demás departamentos	365
Un mozo maquinista encargado del balneario	750
Ocho criadas lavanderas	250
Un acólito	182
Un barbero	650

Tabla 2. Relación de empleados en el Manicomio Nacional de Leganés y retribuciones económicas asignadas (1896). Fuente: Elaborada a partir del Proyecto de presupuesto para el año económico 1896/1897. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 1334/26

Se observa cómo, mientras en el presupuesto del establecimiento se contaba con 16 hermanas de la caridad, según Viota, éstas eran más numerosas, superando las dos decenas, reflejando la preeminencia de las religiosas en la institución en detrimento del estamento facultativo, cuestión que se mantendría en el primer tercio del siglo. Por otra parte, el administrador no contaba con el hortelano-jardinero, que debía estar a sus “inmediatas órdenes”³⁸⁶, presente en el proyecto de presupuesto, empleado que, sin embargo, volvería a aparecer como parte del personal del Manicomio en el siglo XX.

³⁸³ El salario asignado al administrador era el mismo que recibían los administradores a lo largo del siglo XIX. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054/3.

³⁸⁴ Antes de la promulgación del Reglamento para el gobierno de los establecimientos de beneficencia el 30 de junio de 1876, los interventores recibían la denominación de secretarios contadores. La asignación económica de los comisarios interventores varias décadas antes del presente presupuesto era la misma. Para consultar el citado reglamento véase: Hernández Iglesias, F. (1876). *La Beneficencia en España*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Manuel Minuesa, pp. 233-237.

³⁸⁵ A pesar de que el salario asignado en este presupuesto es de 1250 pesetas, tres años antes, en 1893, se habían realizado nombramientos de escribientes con una gratificación económica menor, de 750 pesetas anuales. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 1334/9.

³⁸⁶ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 51.

Relacion De La
Personal.

	pesetas	¢
Un Administrador Depositario	3000	-
Un Médico especialista para los alienados	3000	-
Otro id. auxiliar	1500	-
Un Interventor	2000	-
Un escribiente auxiliar para la Administración	1250	-
Un capellán	1125	-
Dos Hermanas de la Caridad a 1250 pesetas anuales	2000	-
Un celador de departamentos	750	-
Un Almacenero, encargado de conducir la Compro- misión Oficial y hacer los encargos de la Casa en Madrid	700	-
Un Portero	700	-
Un guarda exterior	700	-
Un Cocinero carterero	450	-
Un Portetano-jardinero	750	-
Un Vaquero	700	-
Diez enfermeros para los departamentos de Locos y agitados a 500 pesetas	1000	-
Diez id. para los demás departamentos a 365	3650	-
Un mozo maquinista, encargado del Balneario	750	-
Ocho criadas lavanderas a 250 pesetas	2000	-
Un acolito	180	-
Un barbero	650	-
Total	26863	-

Madrid 30 de Diciembre de 1895.
La Vice Presidenta
A P^a de Aguilera de
Instrucción






Figura 1. Proyecto de presupuesto para el año económico 1896/1897. Fuente: Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-M^o Interior 1334/26

Los trabajadores de la Casa de dementes de Santa Isabel en el siglo XX

En los primeros años del siglo XX, a pesar de que el Reglamento de 1885 establecía dos médicos de presencia en la institución, el Manicomio contaba con un Jefe Facultativo auxiliado tan solo "de manera circunstancial" por un médico auxiliar³⁸⁷. Posteriormente el número de clínicos iría aumentando, de manera que, en 1909, se ha documentado la

³⁸⁷ Salas y Vaca, J. (1929), p.24.

presencia de tres facultativos, dos agregados y un Jefe Facultativo³⁸⁸. Si bien Salas y Vaca señalaba la incorporación, dos décadas más tarde, de dos médicos más, uno como consultor y el otro encargado del laboratorio clínico³⁸⁹, es posible que estos no estuvieran a tiempo completo en el Manicomio ya que, *El Heraldo de Madrid*, en 1929, aludía a la presencia de tan sólo tres galenos en el establecimiento.

Por otra parte, según Pérez de Guzmán, en 1911 la Comunidad de las hijas de la caridad en el Manicomio constaba de 24 hermanas, 20 en el propio establecimiento y cuatro, en el Colegio de la Purísima Concepción³⁹⁰, dotación mayor a la documentada en el trabajo sobre la organización de los Servicios de la Beneficencia españoles conservado en la Biblioteca Nacional de España, que señala la presencia de cuatro hermanas menos para el mismo año. Dos décadas después *El Heraldo de Madrid* registra un total de 18 religiosas con su correspondiente madre Superiora que cuidaban “*indistintamente de enfermos y enfermas*”³⁹¹.

En los primeros años del siglo XX el personal subalterno no se modificó y, al igual que en 1896, consistía en doce enfermeros, dos de los cuales estaban encargados del departamento de sucios y agitados, y ocho criadas lavanderas³⁹². Se puede comprobar como, según el citado proyecto de presupuesto, aquellos dos “mozos enfermeros” recibían 135 pesetas más al año que sus compañeros encargados del resto de los departamentos. Esta dotación aumentó, en 1929, a catorce enfermeros en el departamento de hombres y diez enfermeras en el de las mujeres³⁹³. El resto empleados del establecimiento -administrativo y de “servidumbre”- que hemos podido documentar, no registró cambios significativos y se componía de un administrador depositario, un escribiente, un mozo maquinista para el balneario, un ordenanza, un vaquero, un barbero, un cochero carretero y un hortelano-jardinero además de un celador, un portero y dos guardas exteriores³⁹⁴. Así mismo, hemos encontrado referencia a la presencia de un farmacéutico en el Manicomio en el año 1911³⁹⁵. Conviene señalar que, en el momento de su inauguración y debido a las carencias

³⁸⁸ *Nuevos apuntes...* (1912-1915-1918), p.14.

³⁸⁹ Salas y Vaca, J. (1929).

³⁹⁰ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.43, 7-9 y 102-103 y Viota y Soliva, E. (1896), p.56.

³⁹¹ Montero, L. (29 de abril de 1929). La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*, p. 8. En esta publicación se refiere a una dotación en los años veinte de 18 religiosas junto a la Superiora, algo menor a las 22 hermanas registradas en la documentación conservada en el Archivo Municipal de Leganés.

³⁹² *Nuevos apuntes...* (1912-1915-1918). *Trabajos de la Dirección General de la Administración*. Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, p.14.

³⁹³ Montero, L. (29 de abril de 1929). La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*, p. 8.

³⁹⁴ *Nuevos apuntes...* (1912-1915-1918), p.14

³⁹⁵ *Ibidem*, pp. VI-VII.

presupuestarias, según Viota, se tuvieron que suprimir las plazas de boticario y de practicante que estaban previstas para la Casa de Dementes de Santa Isabel³⁹⁶.

Es bien sabido que uno de los problemas de las instituciones psiquiátricas era la carencia de personal; sin embargo, de las fuentes se deduce que el número de trabajadores en Leganés era superior al registrado en otros establecimientos. El Manicomio de Valencia contó con un mínimo de tres facultativos que llegaron en ocasiones a cinco durante todo el primer tercio del siglo XX³⁹⁷, si bien hay que tener en cuenta que la población manicomial triplicaba la de Leganés. Así mismo, en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX trabajaban tres médicos para una ocupación asilar que aumentó desde los 900 enfermos a principios de siglo hasta los 1600 en los años veinte³⁹⁸. Lo mismo ocurría con el "personal de custodia"; mientras en el Manicomio Nacional había un empleado subalterno por cada seis o siete pacientes a finales de los años veinte, en el asilo valenciano estaban empleados uno por cada diez internos aproximadamente³⁹⁹. Más precaria aún era la dotación de éstos en el Manicomio de Valladolid donde el ratio de este personal estaba, en la primera década, en uno por cada 15 pacientes, y aun empeoraría disminuyendo a finales de los años veinte a uno por cada 26 asilados⁴⁰⁰. La presencia de un mayor número de estos empleados en Leganés, ya fue señalada por Salas y Vaca⁴⁰¹, ratios que son, sin embargo, inferiores a los que Fernández Sanz reclamaba en su artículo "La reforma de los Manicomios españoles" editado en el año 1921, aludiendo a la necesidad de un "asistente" por cada cuatro internos⁴⁰². Ambos facultativos de Leganés señalaban al manicomio de Conxo como una de las instituciones mejor dotadas donde, en los años veinte, trabajaban uno por cada cinco asilados⁴⁰³. Precisamente el director de este centro, Vicente Goyanes Cedrón (1865-1954), fue el primero que publicó un libro dirigido específicamente a enfermeros psiquiátricos, *Manual del enfermero de los Manicomios* (1909)⁴⁰⁴.

³⁹⁶ Viota y Soliva, E. (1896), p. 30.

³⁹⁷ Heimann, C. (2006), p. 420.

³⁹⁸ García Cantalapiedra, M. J. (1992), pp. 244-249.

³⁹⁹ Heimann, C, pp. 437-438.

⁴⁰⁰ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p. 249.

⁴⁰¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p. 61.

⁴⁰² Fernández Sanz, E. (1921a). La Reforma de los Manicomios Españoles. *El Siglo Médico*, 69, 261–265, p. 264.

⁴⁰³ Salas y Vaca, J. (1924a), p. 6. Conviene señalar que Salas utiliza en su obra la terminología de personal de custodia y enfermeros indistintamente al aludir a los ratios existentes en el Manicomio de Leganés. Se ha realizado el cálculo de estas proporciones tanto en Leganés como en el Manicomio de Valladolid y Valencia, las cuales concuerdan con los datos ofrecidos por este autor y Fernández Sanz, siempre y cuando se incluya tanto a los enfermeros como a los religiosos. Es probable, por tanto, que los facultativos de Leganés contaran con todo el personal encargado de cuidar a los pacientes al establecer las ratios recomendadas y, de hecho, Fernández Sanz alude al personal "asistente".

⁴⁰⁴ Dos décadas antes, en 1891, se había publicado el *Prontuario del Enfermero* escrito por José Rodrigo, director facultativo del Manicomio de Ciempozuelos que estaba destinado a enseñar a los hermanos novicios ligeras nociones de fisiología, anatomía, cirugía y métodos para cuidar a los enfermos mentales. Véase: Villasanté, O. (2015). El manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludio de la formación en enfermería psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 403–419, pp. 403-406 y Villasanté, O. (2013). Primeros intentos de profesionalización de la enfermería

Los turnos de personal de día y de noche eran distribuidos por el celador, cuestión que ha sido conocida porque, en varias historias clínicas hemos hallado un documento en el que se especificaban las personas de servicio que trabajaban en la institución, como el fechado en 20 de enero de 1927 (figura 2)⁴⁰⁵. En éste, “El Celador” firmaba la distribución del trabajo en los diferentes departamentos al que estaban destinados el portero y los guardas (pensionistas, agitados y sucios, pobres, y policía, huerta y comedores). También se observa la presencia de tres guardas encargados de la vigilancia de noche (entre las ocho de la noche y las seis de la mañana)⁴⁰⁶. El celador, considerado el “jefe natural” de los enfermeros, debía custodiar y vigilar a los enfermos, cuidar del orden y aseo de los departamentos y administrar la distribución del servicio de vigilantes de día y de noche⁴⁰⁷. Por otra parte, el portero tenía a su cargo el cuidado de la puerta principal y el guarda exterior debía evitar la salida de los enfermos del establecimiento y auxiliar al portero si hubiere necesidad⁴⁰⁸, ya que las fugas era una preocupación desde los primeros años de funcionamiento de la institución.

psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 371–285). Madrid: AEN, p.319.

⁴⁰⁵ El citado documento se reutilizaba en el reverso para anotar cuestiones administrativas o clínicas de los pacientes, motivo por el que se conserva en las historias clínicas de la institución.

⁴⁰⁶ Historia clínica XX-808. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁰⁷ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 41.

⁴⁰⁸ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 35, 36 y 37. Aunque no tenemos datos de su remuneración salarial durante nuestro periodo de estudio, se ha registrado la gratificación anual del Guarda Exterior con un sueldo de 730 pesetas en 1874. Archivo Histórico Nacional. Legajo FC-Mº Interior: 2054/16.

Servicio para el día 20 de Enero de 1927

Pensionistas

Guardia y media guardia de 6 a 8 de la mañana. | *Andrés Cortijo*
Juan B. B. B.

Agitados y Sucios

Guardia: *Crispín Sans Plasencia*

Idem:

Pobres

Guardia: *Alfonso Vaguerico (Felipe.)*

Portero: *Mariño Santos*

Policia, Huerta y Comedores

De 6 de la mañana a 8 de la noche. | *Alfonso Vaguerico*
Vigilio Hernández

Vigilancia de noche

De 8 de la noche a 6 de la mañana. | *Sebastián Torres*
Mariángel Rojas Sosa
José Armato

Limpieza y Comedores

Juan Mariño
Armando V. V. V.

El Celador,
J. J. J.

Figura 2. Relación de empleados de servicio en el Manicomio de Leganés el día 20 de enero de 1927. Fuente: Historia clínica XX-808. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Es probable que, si bien la mayor parte de los cuidadores y empleados del Manicomio no disponían, como se ha señalado, de cualificación, pudieran promocionar hacia puestos con una mejor remuneración y reconocimiento, como recompensa a su eficaz desempeño y

buena conducta. No hemos podido registrar estos cambios de destino en nuestro periodo de estudio, pero si se hallan documentados durante el siglo XIX, por lo que es posible que se mantuviera esa posibilidad. En 1886 se designó como "celador de departamentos" al entonces "mozo maquinista encargado del balneario"⁴⁰⁹. Así mismo, en 1897, se ha registrado el nombramiento por parte de la Junta de Patronos de un "dependiente" del manicomio como portero con el sueldo de 700 pesetas anuales *"como recompensa a los buenos servicios que viene prestando y estímulo para los demás"*⁴¹⁰ (Anexo 2). Conviene señalar que el Reglamento de 1885 reconocía a la Junta de señoras, la potestad de *"nombrar (...) todo el personal subalterno del establecimiento, con arreglo a la plantilla aprobada en presupuesto, dando cuenta a la Dirección General del ramo"* (artículo 9) y *"reformular, con aprobación superior, la referida plantilla en cuanto crea conveniente, dentro de la cantidad consignada en presupuesto"* (artículo 10)⁴¹¹.

EL PERSONAL SUBALTERNO: PRACTICANTES Y ENFERMEROS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

El proceso de profesionalización de la enfermería y su papel en el desarrollo de la salud pública ha sido abordado en diversos estudios a lo largo de las dos últimas décadas⁴¹². No es hasta el 7 de mayo de 1915, cuando se reconocería por primera vez la denominación de enfermería como una profesión distinta a la de los practicantes en respuesta a la petición de la orden religiosa dedicada a los cuidados de enfermos, la Congregación de las Siervas de María⁴¹³. En las primeras décadas del siglo XX y en el contexto de la campaña de reforma de la atención a los enfermos mentales, comenzaron a surgir numerosas demandas pidiendo la

⁴⁰⁹ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054/17-20.

⁴¹⁰ Archivo Histórico Nacional. Legajo FC-Mº_Interior 2054/15.

⁴¹¹ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 9 y 10.

⁴¹² Sobre el desarrollo de la profesión de enfermería se puede consultar: Hernández Martín, F. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de Los Cuidados*, 1(2), 21–35; Hernández Martín, F. (1996). Memoria de un centenario. Primera Escuela de Enfermería "Santa Isabel de Hungría." *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 3-4, 189–196; Siles González, J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición Digital)*, 24–25, [consultado el 7 de marzo de 2016]; Bernabeu Mestre, J. (1999). Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; Blasco Ordóñez, C. (1993). La incorporación de practicantes y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). Normativas y funciones. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición Digital)*, 4-5, 7-10, [consultado el 7 de marzo de 2016]; Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez, E. (1995). El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis*, 15, 151–176; Parrilla Saldaña, J. y García González, C. (2004). Análisis de la Enfermería en España desde finales del siglo XIX hasta su integración en la Universidad. *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 9, 407–424; Camaño Piug, R. (2008). Proceso de profesionalización: Evolución de la Denominación de Enfermería. *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 10(2), 903–920; Ventosa Esquinaldo, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos en enfermería en España (siglos XV-XX). Una aproximación histórica*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

⁴¹³ Parrilla Saldaña, J. y García González, C. (2004), p. 416.

cualificación de la enfermería⁴¹⁴. Entre los objetivos planteados por la Sociedad de Neurología i Psiquiatría, creada en 1911 y cuyo primer presidente fue Arturo Galcerán, estaba la organización de un cuerpo de enfermeros⁴¹⁵. En la misma línea se pronunció la Asociación Española de Neuropsiquiatría en las conclusiones de su primera reunión en 1926, entre las que recomendaba la formación de personal subalterno⁴¹⁶. Un año antes, en la Real Orden promulgada el 28 de julio de 1925 y por la que se nombraba a una comisión encargada de reorganizar, entre otras cuestiones, la asistencia a los alienados y la enseñanza en psiquiatría, se aludía a la *"falta de personal apto (...). Por no contar con un Cuerpo de Practicantes psiquiátricos, el personal subalterno se recluta de un modo esporádico entre gentes incultas, que por serlo y por hallarse mal pagados, resultan fallos de instrucción y vocación, no siendo infrecuente el caso de recibir de ellos trato grosero los enfermos"*⁴¹⁷. Poco más tarde, en 1930, en la cuarta asamblea de la Liga de Higiene Mental celebrada en Zaragoza, Eduardo Guija Morales (1904-1966) presentó una ponencia sobre la formación y admisión del personal subalterno de los manicomios públicos⁴¹⁸. En paralelo a todas estas demandas, comenzaron a aparecer, generalmente gracias a los médicos que trabajaban en las instituciones psiquiátricas, los primeros libros especializados para el cuidado del enfermo mental y se crearon las primeras escuelas de enfermeras⁴¹⁹.

Habría que esperar a las reformas republicanas para que se percibieran los primeros pasos en la especialización oficial de la enfermería y aparecieran las primeras iniciativas formativas. Concretamente, el 18 de septiembre de 1933, se realizó un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras psiquiátricos en el Manicomio Nacional de Leganés, cuya parte teórica fue impartida por las tardes en el "Hospital de Beneficencia General" por Aurelio Mendiguchía Carriche, Enrique Fernández Méndez, Antonio Martín-Vegué y José

⁴¹⁴ Silés González, J. (1996). Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: practicantes, enfermeras y visitadoras psiquiátricas. *Enfermería Científica*, 174-175, 49-53; Villasante, O. (2013), p.273; Una visión global sobre la evolución de la enfermería psiquiátrica, se puede consultar en Ventosa Esquinaldo, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos en enfermería en España (siglos XV-XX). Una aproximación histórica*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

⁴¹⁵ Galcerán y Granés, A. (1911). Sociedad de psiquiatría y neurología de Barcelona. Discurso inaugural del presidente Dr. D. Arturo Galcerán y Granés. *Revista Frenopática Española*, 3, 85-93.

⁴¹⁶ Asociación española de neuropsiquiatras. I reunión anual (21, 22 y 23 de junio de 1926, Barcelona). (1926). *Archivos de Neurobiología*, 6, 160-161; Villasante, O. (2013), p.317.

⁴¹⁷ Real orden nombrando una comisión encargada de proponer, en el plazo máximo de tres meses los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alineados y la enseñanza de la Psiquiatría, y para reformar en el mismo sentido la vigente legislación sobre enfermos de la mente. (29 de julio de 1925). *Gaceta de Madrid*, 210, p. 661.

⁴¹⁸ Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(75), 397-515.p.422

⁴¹⁹ Villasante, O. (2015), p. 415.

María Moreno Rubio, todos ellos médicos del Manicomio de Leganés, establecimiento donde se realizaron las prácticas⁴²⁰.

La escasez de practicantes

Mientras que en 1873 se estableció la presencia de dos practicantes en la plantilla del Manicomio de Leganés, en el Reglamento de 1885 se redujo a tan sólo uno⁴²¹, que se mantuvo a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX. Su dedicación, además, no era exclusiva ya que, según señalaba Salas y Vaca debía “*concurrir a cátedras y no siempre puede contarse con él*”⁴²². Posteriormente, durante la Segunda República, el número de practicantes empleados aumentaría hasta tres, si bien éstos, al igual que el resto de personal, quedaron diezmados durante la guerra⁴²³. Años más tarde, en el Reglamento orgánico de 1941, se estableció su aumento hasta cuatro⁴²⁴.

La situación era aún más complicada en el Manicomio de Valencia, institución que también entraba en el siglo XX con sólo un practicante para 576 enfermos aunque a lo largo de las primeras décadas del siglo aumentarían hasta cinco⁴²⁵. Así mismo, el Manicomio de Valladolid contaba a principios del siglo XX con dos practicantes para una población cercana al millar⁴²⁶, misma cantidad que los que trabajaban en la institución Navarra⁴²⁷, que asilaba a 150 enfermos mentales en 1904 y el asilo de Córdoba, en el año 1931, para unos 200 internos⁴²⁸.

La dotación, regulada en el Reglamento orgánico de 1885, de un practicante para el asilo nacional, era menor a lo dispuesto en los *Reglamentos para el Servicio de Practicantes en los Hospitales de Beneficencia general*, vigentes durante nuestro periodo de estudio, en los

⁴²⁰ ABC. (4 de agosto de 1933), p. 28. En el Manicomio de Valladolid, entonces bajo la dirección de José María Villacián, también se impartió un curso para enfermeros entre marzo y mayo de 1937. Villasante, O. (2013), p. 325

⁴²¹ Posteriormente, en la posguerra, con el Reglamento orgánico de 1941 se regularía un aumento en el número de practicantes hasta cuatro, aunque se desconoce si todo el personal mencionado en dicha legislación trabajaba en la institución. Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.56.

⁴²² Salas y Vaca, J. (1921a). La reforma de los manicomios en España. *España Médica*, 381, 1–3, p.2.

⁴²³ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*. Universidad Complutense de Madrid, pp.114-116.

⁴²⁴ Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941. (3 de noviembre de 1941). *Boletín Oficial del Estado*, 311, pp. 8697-8701. En sucesivas se citará como Reglamento de 1941. En el estudio realizado con la población ingresada en la posguerra, Conseglieri señala que no se ha podido determinar con exactitud cuántos practicantes trabajaron en cada momento. Véase: Conseglieri Gámez, A. (2013), pp. 57-62.

⁴²⁵ Heimann, C. (2006), pp.437-438.

⁴²⁶ Esta cifra aumentó en el Manicomio de Valladolid a 4 practicantes en 1927. García Cantalapiedra, M. J. (1992), pp. 244 y 249.

⁴²⁷ Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud, p.163 y 170.

⁴²⁸ Ruiz García, C. (2007). La asistencia psiquiátrica en Córdoba: Manuel Ruiz Maya (1888-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y reconstrucción de la psiquiatría española* (pp.95-106). Madrid: Frenia.

que se establecía la presencia de dos practicantes en el Manicomio de Leganés junto a un ministrante barbero, desconociendo el origen de dicha discrepancia⁴²⁹. Además de establecer la plantilla de practicantes en los Hospitales de Beneficencia general, los citados reglamentos disponían que todos los años se harían exámenes de ingreso para proveer las vacantes resultantes en el año anterior⁴³⁰. Si bien no disponemos de datos personales concretos sobre los practicantes que trabajaron en el Manicomio en nuestro periodo de estudio, hemos encontrado alusión a la solicitud de alguno de ellos para presentarse a los exámenes con el objetivo de trabajar en el hospital en el siglo XIX⁴³¹.

Entre las funciones asignadas al practicante en el Reglamento del Manicomio destacaba la de *“ejercer con los enfermeros todos los actos y operaciones de cirugía menor, sujetándose a las prescripciones del Jefe Facultativo, y ayudando a éste en todas las operaciones quirúrgicas y las autopsias”*. En general, debían auxiliar al facultativo y cumplir sus órdenes en todo lo relativo al cuidado, vigilancia, medicación, alimentación, aseo y distracción de los enfermos⁴³². Estas funciones ya se hallaban recogidas de forma similar en el proyecto de reglamento de 1858, disponiéndose que los practicantes debían auxiliar al médico y llevar un cuaderno de visitas *“en el que apunte las prescripciones médicas, el alimento, el recreo, el trabajo o el castigo a que sometía a cada enfermo”*⁴³³. Llama la atención que se contemplara en esta primera ordenanza el castigo de los pacientes, teniendo en cuenta que varias décadas antes, en el artículo 122 del Decreto XL de 27 de diciembre de 1821, que pretendía establecer

⁴²⁹ Reglamento para el servicio de practicantes en los hospitales de la beneficencia general. (30 de mayo de 1880). *Gaceta de Madrid*, 151, p. 530; Real orden aprobando el adjunto reglamento para el servicio de Practicantes en los hospitales de Beneficencia general. (20 de noviembre de 1896). *Gaceta de Madrid*, 325, pp. 620-621; Real orden disponiendo continúe en todo su vigor el reglamento para el servicio de Practicantes de la Beneficencia general. (21 de abril de 1898). *Gaceta de Madrid*, 111, p. 291; Rectificando el reglamento para el servicio de Practicantes en los Hospitales de Beneficencia general, publicado en la Gaceta correspondiente al día 20 del actual, pág. 621, aparece en su artículo 7.º una errata. (23 de noviembre de 1896). *Gaceta de Madrid*, 328, p. 688; Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento para el servicio de Practicantes en los establecimientos de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, p. 341; Real decreto modificando en la forma que se publica el artículo 1º del Reglamento para el servicio de Practicantes en los hospitales de la Beneficencia general de 25 de Octubre de 1904. (12 de enero de 1922). *Gaceta de Madrid*, 12, p. 213.

⁴³⁰ Así, se convocaron plazas de practicante para los Hospitales de Beneficencia general de forma consecutiva desde 1879 hasta 1987, en 1889, desde 1891 hasta 1896 y desde 1899 hasta 1905. Posteriormente la frecuencia de estos exámenes disminuyeron y no se volvieron a convocar hasta 1915, 1919, 1923, 1925 y 1931. Las convocatorias de dichos exámenes se pueden consultar en la *Gaceta de Madrid*.

⁴³¹ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054/1. En dicho legajo se puede consultar el nombramiento de C.P.P. como practicante segundo de Medicina de ese establecimiento con un sueldo anual de 375 pesetas a fecha de 20 de mayo de 1879. El alumno solicitó presentarse a los exámenes para prestar sus servicios como practicante en el hospital de Leganés y aportó un certificado de la Universidad Central en el que constaba que había aprobado el primer curso de anatomía y el primer curso de disección (1871/72) así como el segundo curso de anatomía, segundo curso de disección, fisiología e higiene privada (1872/72) y patología general, terapéutica, patología quirúrgica, anatomía quirúrgica, obstetricia, clínica de obstetricia e higiene publica (1873/74). Finalmente no se llegó a presentar a su puesto en el Manicomio.

⁴³² Reglamento orgánico de 1885. Artículos 25 y 26. Ayudar en la práctica de las autopsias también estaba entre las funciones del barbero, el cual debía *“auxiliar al practicante en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias”*. Véase Reglamento orgánico de 1885. Artículo 27.

⁴³³ Viota y Soliva, E. (1896), p.60-61.

por primera vez un modelo de Beneficencia pública en España, se habían suprimido los malos tratos⁴³⁴.

La mención a la realización de autopsias en el Manicomio fue muy temprana en la historia de la institución⁴³⁵. Si bien no hay referencias a la realización de estas necropsias en épocas posteriores a nuestro periodo de estudio⁴³⁶, si se han conocido este tipo de prácticas en el siglo XIX, ya que formaron parte del quehacer del prestigioso médico Luis Simarro y Lacabra, que ejerció como Jefe Facultativo en Leganés entre octubre de 1877 y septiembre de 1879, estudios que probablemente provocaron su expulsión de la institución⁴³⁷.

A lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX hemos podido registrar la realización de autopsias en varios pacientes. Por su interés, describimos el caso de B., un sacerdote, que ingresó con el diagnóstico de demencia precoz en reclusión definitiva el 19 de octubre de 1908 a la edad de 33 años y procedente del Sanatorio San Juan de Dios de Palencia. Aunque en la historia clínica figura su fallecimiento el 23 de octubre de 1917 por una tuberculosis pulmonar, en los documentos anejos a la misma hemos encontrado una comunicación realizada por Antonio Yunta, médico auxiliar del manicomio⁴³⁸, dirigida al Administrador depositario del Manicomio en la que se describía:

"Habiendo fallecido en la madrugada de hoy el enfermo pobre D. B. M. R. y observando que en la espalda y diversas partes del cuerpo contusiones de 1º y 2º grado que pueden hacer sospechar haber sido producidas intencionadamente por

⁴³⁴ Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid: Frenia, p. 171.

⁴³⁵ En el proyecto de 1858 se establecía, entre las funciones del médico, el *"señalar los casos en que deba procederse a la autopsia en los de defunción"*. Posteriormente, tanto en el Reglamento de 1873 como en el de 1885, se menciona la realización de autopsias, si bien con una diferencia al proyecto de 1858, debido a que no aparece de forma explícita entre las funciones de los facultativos sino entre los deberes de los practicantes que, como se ha referido, debían ayudar al médico *"en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias"*. Viota y Soliva, E. (1896), p. 61; Reglamento orgánico de 1873. Capítulo XVI. Artículo 86 y Reglamento orgánico de 1885. Artículo 26.

⁴³⁶ En cambio, la realización de estos estudios ha sido descrita en otras instituciones como en el Manicomio de Navarra donde, aunque se ha registrado la utilización de esta técnica en las primeras décadas del siglo XX, presentaban importantes carencias en las instalaciones, lo que llevó a que se dejaran de practicar a partir de 1923. Así mismo, en el Manicomio de Toledo durante la guerra civil se ha documentado también la realización de autopsias. Véase: Aztarain Díez, J. (2005), p. 170; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.77

⁴³⁷ Como ya se ha señalado en publicaciones previas, la realización de necropsias no contó con la aprobación de la dirección del establecimiento, la cual, en una Real Orden de 13 de noviembre de 1878 advertía al alienista lo siguiente: *"ha llegado a mi noticia que V. procede a hacer autopsias de los dementes que fallecen en este establecimiento. Aunque estoy persuadido de que V. lo hace con un laudable deseo de estudio experimental, realmente ni hay derecho para practicar esta operación en los infelices alienados sin previa autorización, cuando el caso lo requiera, ni es conveniente practicarla donde no hay local oportunamente preparado e independiente de las demás oficinas del establecimiento. Para evitar, pues, los inconvenientes que tienen dichas operaciones (...) prevengo a V. que suspenda el hacerlas"*. Viota entendía el nombramiento de Simarro al frente del Manicomio Nacional como un intento de "competir" con los manicomios privados que estaban inaugurándose por la misma fecha como el Sanatorio del Dr. Esquerdo y el Manicomio de Ciempozuelos en Madrid o Las Corts de Sarriá de Dolsa y Llorach en Barcelona. Véase: Viota y Soliva, E. (1896), pp. 145-146. Dos décadas más tarde, en 1908, desde la superioridad religiosa del Manicomio de Ciempozuelos se le ofreció a Simarro el cargo de Jefe Facultativo de dicha institución, que el alienista declinó. Acero Sáez, C. (1997) *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, pp.326-327. Sobre la etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés se puede consultar: Moro, A. y Villasante, O. (2001). La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés. *Frenia*, 7(1), 97-120.

⁴³⁸ Sobre la figura de Antonio Yunta nos centraremos en un apartado posterior de este mismo capítulo.

otra persona, lo pongo en su conocimiento a los efectos consiguientes.= Dios guarde a V. muchos años.=Leganés 23 de Octubre de 1917.= El Medico del Departamento.= Antonio Yunta.= Rubricado.= Sr. Admor-Depositario del Manicomio de Santa Isabel”⁴³⁹.

En esa misma fecha, el responsable de la institución puso la información en conocimiento del Juez *“para que, si lo cree procedente, instruya las oportunas diligencias a fin de esclarecer la causa de las indicadas contusiones y la persona o personas que las hubieran producido”⁴⁴⁰.*

Al día siguiente, el Administrador de la institución, notificaba el despido de los enfermeros *“atendiendo a indicaciones del Sr. Juez”* y *“en cumplimiento de lo que preceptúa el artículo 104 del Reglamento orgánico de este Manicomio”* al considerarse que las lesiones halladas en el cadáver del paciente se debían a malos tratos al mismo por parte de estos empleados⁴⁴¹. Conviene recordar que en el Reglamento de 1885 se hacía mención expresa al trato de los enfermos por parte del personal encargado de su custodia y cuidado⁴⁴². El maltrato de los pacientes, como se ha señalado, prohibido ya en la segunda década del siglo XIX en el Decreto XL del 27 de diciembre de 1821 en el que, entre otras cuestiones, se regulaba el trato que debía proporcionarse a los locos señalando que *“jamás se utilizará el encierro continuo, asperezas en el trato, golpes, grillos y cadenas en el manejo de los locos”⁴⁴³*, ha sido periódicamente denunciado en las instituciones psiquiátricas. Sin entrar en un análisis detallado del tema y en la ocultación que normalmente ha caracterizado a los establecimientos, algunos incidentes conseguían traspasar las paredes manicomiales como es el caso del Manicomio de Valencia recogido por Heimman, donde en 1901, dos “ayudantes” tuvieron que ir a declarar al juez por las lesiones producidas a un enfermo y en 1906 otro “ayudante” fue suspendido de empleo y sueldo por “haber lesionado a un enfermo quien requirió asistencia médica”⁴⁴⁴.

⁴³⁹ Historia clínica XX-247. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁴⁰ *Ibidem*.

⁴⁴¹ Historia clínica XX-247. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁴² Concretamente, en el artículo 104 del Reglamento se disponía que: *“Los celadores, enfermeros y demás dependientes del Establecimiento que maltrataren de obra a los alienados serán despedidos en el acto, dando el Administrador cuenta a la Junta de Patronos y a la Dirección general de Beneficencia, no pudiendo volver a servir en Establecimientos de esta categoría y siendo entregados a los Tribunales para lo que proceda en justicia”*. Reglamento orgánico de 1885, Artículo 104.

⁴⁴³ Huertas, R. (2002c), p. 171; Cardona, A. (2001). La beneficencia y la asistencia a los locos en el trienio liberal. *Frenia*, 1 (2), 87-101, pp.95-96.

⁴⁴⁴ Heimann, C. (2006), p.456.

De criados a mozos enfermeros

Además del practicante, el reglamento disponía las funciones de los mozos enfermeros, cuyo número sería el acordado por la Junta de Patronos *“en función del presupuesto asignado”*⁴⁴⁵. A finales del siglo XIX trabajaban en la institución ocho criadas lavanderas y doce enfermeros⁴⁴⁶, dos de los cuales estaban destinados al departamento de sucios y agitados con una retribución anual de 500 pesetas. Los otros diez mozos enfermeros, encargados del resto de departamentos del manicomio, recibían un salario de sólo 365 pesetas⁴⁴⁷. Posteriormente la dotación de enfermería aumentaría de forma modesta y, para finales de la década de los veinte, el Manicomio contaba con catorce enfermeros y diez enfermeras⁴⁴⁸. Como hemos apuntado, Salas y Vaca, en 1924, aludía a la presencia en la institución, a diferencia de otras, de un enfermero para cada seis “enajenados”, plantilla que aun así, consideraba insuficiente⁴⁴⁹.

En el Reglamento de 1885 de Leganés se pueden rastrear diversas alusiones a la necesidad de supervisar la conducta de los enfermeros. El practicante debía *“vigilar a los enfermeros para que cumplan sus deberes, dando el parte al Médico y Administrador de las faltas que adviertan”*⁴⁵⁰ y, el portero, estaba encargado de *“cuidar de que los enfermeros del establecimiento no salgan de él sino para asuntos del servicio, con permiso del Administrador”*⁴⁵¹. Por otra parte, entre las funciones propias de los mozos enfermeros se dedicaban unas líneas a la rectificación de las faltas cometidas por éstos, que debían ser corregidas por el Administrador o el Jefe Facultativo *“en los términos que crean convenientes”*⁴⁵². Salas y Vaca, en su obra *Los Degenerados en Sociedad*, publicada en 1920, se quejaba de la conducta de estos empleados en los siguientes términos:

*“Toda nuestra labor en seis años de Director del Manicomio, encaminada a conseguir enfermeros modelo para nuestro Asilo, ha sido infructuosa; jamás hemos logrado la permanencia de algunos sin tacha de conducta y libres de vicios más tiempo que el necesario a buscar cargo menos enojoso; los que persisten en estos destinos son, por lo menos, espíritus pobres, muchos inafectivos; y la mayoría, impulsivos dipsómanos a quienes hay que vigilar más que al enfermo mismo”*⁴⁵³.

⁴⁴⁵ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 47-49.

⁴⁴⁶ Viota y Soliva, E. (1896), p.178.

⁴⁴⁷ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº Interior 1334/26.

⁴⁴⁸ Montero, L. (29 de abril de 1929). La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*, p. 8.

⁴⁴⁹ Salas y Vaca, J. (1924a), pp.27 y 61 y Salas y Vaca, J. (1921a), p.2.

⁴⁵⁰ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 26. 5º

⁴⁵¹ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 36. 5º.

⁴⁵² Reglamento orgánico de 1885. Artículo 49.

⁴⁵³ Salas y Vaca, J. (1920). *Los degenerados en sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolas Moya, p.21. En la misma línea, Gonzalo Rodríguez Lafora, en su artículo titulado *Los Manicomios Españoles* destacaba la escasa profesionalización de la

La opinión de Salas era compartida por la mayoría de los facultativos de la época, como Enrique Fernández Sanz que, en 1921, advertía de la *"falta de educación técnica y de cultura general y especial en los llamados enfermeros"*⁴⁵⁴. También Manuel Gurría Estapé, director del Manicomio de Navarra desde 1903 hasta 1927, en sus memorias sobre el establecimiento, describía a los empleados de la institución navarra (exceptuando a los practicantes) como carentes de *"la necesaria cultura para confiarles la delicada misión que requiere el cargo de enfermero de un loco (...) siendo preciso vigilarlos e instruirles constantemente"*⁴⁵⁵.



Figura 3. Personal subalterno del Manicomio Nacional de Leganés, 1929. Fuente: *El Heraldo de Madrid* (29 de abril de 1929), p. 8

El recelo en relación al comportamiento de los enfermeros se puede rastrear también en épocas posteriores de la institución de Leganés. En julio de 1937, dos enfermeros fueron destituidos de sus funciones al participar en una riña con arma blanca y, un mes más tarde, el que fue Jefe Facultativo de la institución durante la guerra, Aurelio Mendiguchía Carriche⁴⁵⁶, solicitó una "certificación de conducta" de un vecino de Leganés que había solicitado la plaza de enfermero en el manicomio, aunque es posible que ésta estuviera en relación con los

enfermería a los que describía como "hombres ineducados, sucios, desgarrados". Rodríguez Lafora, G. (1916). Los Manicomios Españoles. *España*, 90, 8-10.

⁴⁵⁴ Fernández Sanz, E. (1921a), p.264.

⁴⁵⁵ Tomado de Aztarain Díez, J. (2005), pp.170-171.

⁴⁵⁶ Sobre la figura de este médico dedicaremos unas líneas en un apartado posterior de este mismo capítulo.

procesos de depuración a los que éstos trabajadores fueron sometidos⁴⁵⁷. No obstante, la preocupación en torno a la labor desarrollada por el personal subalterno no tenía que ver exclusivamente con la formación o conducta de éstos, sino que también se aludía a la cantidad de empleados contratados y a los sueldos de los mismos. Salas y Vaca, en sendas publicaciones de 1921 y 1924 se quejaba de un *“personal auxiliar insuficiente y escasamente retribuido”*⁴⁵⁸.

No disponemos de datos oficiales relativos a la retribución salarial del personal subalterno en nuestro periodo de estudio. Si bien los sueldos de estos empleados venían establecidos en el Reglamento orgánico de 1873 (el practicante primero recibía 875 pesetas mensuales y una ración, el practicante segundo 375 pesetas mensuales y una ración y los enfermeros 0.75 pesetas diarios y una ración)⁴⁵⁹, no aparecen regulados en el de 1885. A pesar de esto, no parece que se vieran modificadas a lo largo del siglo XIX, ya que, en el año 1896, los enfermeros recibían entre 365 y 500 pesetas anuales en función del departamento al que estuvieran destinados⁴⁶⁰. Sin embargo, es posible que estas asignaciones aumentaran a lo largo del siglo XX hasta las 2-4 pesetas diarias con la comida, subida salarial que, a juicio de Salas y Vaca, era claramente insuficiente, señalando que *“mientras estos sueldos estén reducidos (...) no habrá medio de educar (...) a un personal que sirve estos cargos de enfermero de manicomio mientras no tiene otra cosa mejor”*⁴⁶¹. Las quejas sobre la remuneración del personal subalterno también fueron pronunciadas por otros neuropsiquiatras de la época como Manuel Ruiz Maya (1888-1936), director del Manicomio de Córdoba que, al igual que el director de Leganés, describía la carencia de personal auxiliar y subalterno capacitado por estar mal retribuido y en número escaso⁴⁶², cuestión que también fue denunciada por Enrique Fernández Sanz⁴⁶³.

⁴⁵⁷ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.114.

⁴⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1924a), p.27 y Salas y Vaca, J. (1921a), p.2.

⁴⁵⁹ Reglamento orgánico de 1873. Título III. Capítulo IX.

⁴⁶⁰ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 1334/26.

⁴⁶¹ Salas y Vaca, J. (1921a), p.3.

⁴⁶² Salas y Vaca, J. (1924a), p. 52.

⁴⁶³ Fernández Sanz, E. (1921a), p. 264.

EL PODER DEL PERSONAL RELIGIOSO

Varios estudios han puesto de manifiesto el papel que las congregaciones religiosas han tenido en la organización de los hospitales españoles y en la atención a los enfermos a lo largo de los últimos dos siglos⁴⁶⁴. Concretamente, las hijas de la caridad de San Vicente Paul se establecieron en España a finales del siglo XVIII y, en 1790, comenzaron a encargarse de la organización y asistencia del Hospital de Santa Cruz en Barcelona⁴⁶⁵. Una década más tarde, en 1803 se estableció en Madrid el Real Noviciado, centro de formación de las futuras hijas de la caridad⁴⁶⁶ y, a partir de entonces, se observaría una expansión de estas hermanas en los centros de la beneficencia pública ocupándose tanto de la enseñanza de los niños como de la atención a los enfermos⁴⁶⁷.

El Reglamento general de 6 de febrero de 1822, que vino a legislar la organización de la Beneficencia General en España, en su artículo 14 establecía que *“las Juntas municipales preferirán en lo posible a las hermanas de la caridad para desempeñar todos los cargos de Beneficencia que les estén encomendados, especialmente en la dirección de las Casas de Maternidad, y en la asistencia de los enfermos de ambos sexos en los hospitales”*⁴⁶⁸. De manera que, en el momento de la fundación del Manicomio de Leganés, el gobernador de Madrid, Francisco Melchor Ordóñez acordó con el Visitador de la Congregación de San Vicente de Paul en España, Ignacio de Santa Susana, un convenio para la asistencia en dicha

⁴⁶⁴ Hernández Martín, F. (1995). De las hijas de la caridad y su formación. *Híades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 2, 169–180; Hernández Martín, F. (2006). Las hijas de la caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 39–49; Infante, M. A. (2009). *Patrimonio de la escuela vicenciana en España*. Archivo y Museo de la Casa Provincial San Vicente. Madrid: CEE Participación Educativa, 11, 162–174; Martín Espinosa, N. (2015). La prestación de cuidados en los establecimientos reunidos de Toledo a principios del siglo XX: una cuestión de fe. *Híades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 11, 271–280; Mateos Corrales, J. I. y Morales Díaz, E. (2001). Una experiencia formativa: Las hijas de la caridad (1878-1999). *Híades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 8, 429–430; Medrano Pérez, J. (2014). Rutas de expansión de las hijas de la caridad en España. *II Congreso virtual sobre historia de la caminería*.

⁴⁶⁵ Vicente de Paul (1581-1660) fundó en 1633, con Luisa de Marillac (1591-1660), las hijas de la caridad, en Francia, una Congregación de mujeres cuya finalidad era “honrar y servir a Jesucristo en la persona de los pobres y enfermos”. Consúltense las Reglas comunes de las hijas de la caridad: <http://pauleszaragoza.org/reglas-comunes-de-la-congregacion-de-la-mision/>, [consultado el 8 de marzo de 2016] y Hernández Martín, F. (1995), p. 171.

⁴⁶⁶ En 1803 se estableció en Madrid el Real Noviciado, centro de formación de las futuras hijas de la caridad, en el que éstas pasaban un año y desde donde se les destinaba a los distintos establecimientos de la geografía española en los que completaban su formación tanto teórica como práctica. Véase: Hernández Martín, F. (1995), p. 172. En este trabajo la autora describe la importancia que este colectivo ha tenido en el desarrollo de la profesionalización de la enfermería en España. Entre otras cuestiones, detalla el contenido del libro *Manual de la carrera de enfermeras para uso de las hijas de la caridad españolas*, editado en 1917 con el objetivo de ajustarse al programa oficial de la Real Orden de 7 de mayo de 1915 para la Carrera de enfermeras. En dicha Real Orden, el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, a instancia de la mencionada Congregación, autorizaba para ejercer la profesión de enfermería a las religiosas y cuantas personas, religiosas o no, acreditaran tener los conocimientos necesarios. En concreto la Real Orden contenía el programa de los conocimientos necesarios para habilitar como enfermeras a quienes lo solicitasen, perteneciesen o no a comunidades religiosas. Consúltense: Bernabeu Mestre, J. (1999), p. 39.

⁴⁶⁷ En 1822, fecha en la que se aprobó la primera Ley de Beneficencia, las hermanas estaban presentes ya en nueve hospitales, cifra que iría aumentando hasta 111 en 1875. En Madrid, gestionarían, a fecha de 1931, 59 establecimientos entre los que estaban trece hospitales, dos sanatorios, un sanatorio central de la Cruz Roja, Consultorios Gota de Leche, el Manicomio de Leganés, dispensarios, botica del parral y en las enfermerías de las cárceles. Véase: Hernández Martín, F. (2006), pp.40-42; Medrano Pérez, J. (2014).

⁴⁶⁸ Hernández Iglesias, F. (1876), p.137.

institución de ocho hijas de la caridad⁴⁶⁹, que, junto al capellán, vinieron a completar la asistencia religiosa en el establecimiento.

Las hijas de la caridad: entre el cuidado de los enfermos y la gestión económica de la institución

El Reglamento orgánico de 1885 del Manicomio de Leganés establecía las funciones encomendadas a las hijas de la caridad entre las que estaban la *“custodia, vigilancia y aseo de los enfermos”* o la limpieza del manicomio⁴⁷⁰. A la Superiora correspondía, además de la organización de los trabajos de las religiosas, *“correr con los gastos menores, a cuyo fin el Administrador les facilitará mensualmente la cantidad que creen necesaria”*⁴⁷¹. A lo largo del siglo XIX, como hemos señalado se produjo un aumento en el personal religioso que se triplicó desde la inauguración del establecimiento hasta el año 1911⁴⁷², momento en que ya se contaba con 24 hermanas (20 en el manicomio y cuatro en el Colegio de la Purísima Concepción)⁴⁷³, proporción mayor al de otras instituciones manicomiales como la valenciana o la vallisoletana⁴⁷⁴. A finales de los años veinte el número de religiosas, sin embargo, era algo menor, habiendo registrado la presencia de 18 hermanas de la caridad junto a la

⁴⁶⁹ Viota y Soliva, E. (1896), p.56.

⁴⁷⁰ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 28 y 30.

⁴⁷¹ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 32.

⁴⁷² Ya se ha mencionado que, en el momento de su fundación, el Manicomio contaba con ocho hijas de la caridad. En los años posteriores, este número fue aumentando en paralelo al incremento de asilados en la institución. Tan sólo un año después de la inauguración, Santa Isabel contaba con 10 hermanas, que aumentaron a 12 en mayo de 1858. En 1862 el número de asilados superaba los 150, por lo que la Junta General de Beneficencia solicitó dos hermanas más, si bien la primera Superiora con que contó la institución, Sor Josefa Albusa, consideró más conveniente aumentar la dotación de sirvientes. En 1880, el número de hijas de la caridad en el Manicomio era de 14 para un promedio de 190 a 210 asilados y en 1911 se contaba ya con 24 hermanas, 20 en el Manicomio y cuatro en el Colegio de la Purísima Concepción. En los años siguientes, aunque en menor medida, seguirían aumentando. Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.7-9 y 102-103; Viota y Soliva, E. (1896), p.56.

⁴⁷³ Las escuelas dirigidas por las hijas de la caridad se remontan al siglo XVII, momento en que Luisa de Marillac, fundadora de la congregación, se muestra sensible ante la falta de instrucción y abandono educativo del pueblo. De hecho, las escuelas se organizaron antes de que se erigiera la Compañía como sociedad al servicio de los necesitados. En España, las primeras aparecieron en el año 1792, y a partir de ese momento se sucederían la creación de escuelas a cargo de estas hermanas, muchas de ellas anexas a los hospitales que ellas mismas gestionaban. De hecho, al igual que su homólogo para la formación en enfermería, en 1846 se publicaría en España la traducción al castellano del *Manual para las hijas de la caridad empleadas en escuelas y obradores* que había sido editado en Francia dos años antes. Consúltese: Infante, M. A. (2009). Concretamente, el Colegio de la Purísima Concepción fue proyectado durante el superiorato de Sor Teresa Viver y Candell, figura sobre la que nos detendremos más adelante en este mismo capítulo. Véase: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.81-82. Los bienes y rentas que poseía en propiedad el Instituto de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul dedicadas a la enseñanza quedaron exceptuados de la desamortización promulgada en la Ley de 3 de mayo de 1855 por la que se declaraban en estado de venta los predios rústicos y urbanos, censos y foros pertenecientes, entre otros, al clero. Véase: Hernández Iglesias, F. (1876), p.72; Ley declarando en estado de venta los predios rústicos y urbanos, censos y foros pertenecientes al Estado, al clero, a las órdenes militares, etc. (3 de mayo de 1855). *Gaceta de Madrid*, 852, p.1; Ley declarando exceptuados de la venta por el Estado los bienes y rentas que posee en propiedad el Instituto de las Escuelas Pías y el de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul, dedicadas a la enseñanza (22 de diciembre de 1876). *Gaceta de Madrid*, 357, p.735.

⁴⁷⁴ El Manicomio de Valencia contaba, en 1930, con 35 religiosas para una población que probablemente rondara los 1000 pacientes, dado que en 1935 tenía internados 1149 enfermos. En el Manicomio de Valladolid estaban empleadas, en 1927, 30 hijas de la caridad para una población que superaba también el millar internos. Heimann, C. (2006), p.437 y García Cantalapiedra, M. J. (1992), p. 249.

correspondiente Superiora⁴⁷⁵ y, posteriormente se mantuvo, con ligeras variaciones, alrededor de las dos decenas⁴⁷⁶.

El aumento en la dotación de religiosas del Manicomio de Leganés a lo largo del siglo XIX se hizo, a pesar de la regulación de reducciones en el número de hijas de la caridad desde la Dirección General de Beneficencia. El 24 de junio de 1880, el Director General de la Administración dirigió una notificación al Director del Noviciado de la Hermandad de San Vicente de Paul en el que comunicaba lo siguiente:

*"Con motivo de las variaciones hechas en los presupuestos del Estado aprobados para el año económico de 1880/81 de reducción del número de Hermanas de la caridad que prestan servicio en los hospitales de beneficencia general. Por lo tanto (...) a 1 de julio próximo quedarán solo 12 en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, 16 en el Hospital de Nuestra señora del Carmen y 20 en el de Jesús Nazareno de esta corte"*⁴⁷⁷.

El subdirector del Real Noviciado de las hijas de la caridad le respondía con fecha de 2 de julio de 1880, advirtiéndole de los riesgos que la reducción del personal religioso podía acarrear a las instituciones:

*"Séame permitido manifestar a Vd. con el debido respeto que dicha disminución causará trastorno y desorden en cada uno de los establecimientos si en lugar de las hermanas suprimidas no se ponen otras personas para reemplazarlas pues por el conocimiento que tenemos de los diferentes empleos que desempeñan no es posible que puedan cumplirlos con la exactitud que conviene aduciendo al número de ellas"*⁴⁷⁸.

Los privilegios concedidos a las hermanas de la caridad quedaron de manifiesto, como se ha visto, en las primeras normas dictadas para el gobierno del establecimiento en 1852 en las que se disponía que la Superiora, cargo que ocupaba Sor Josefa Albusa⁴⁷⁹, era la encargada exclusiva de la huerta y del régimen interior de la casa, decidía cuando salían los enfermos al jardín y no se podía tomar resolución alguna sin su conocimiento⁴⁸⁰. De hecho, cuando a mediados de la década de los sesenta del siglo XIX una de las hermanas quedó paralítica, la Superiora, Sor Josefa Albusa, defendió su derecho a ser cuidada en el manicomio hasta su curación o fallecimiento, llegando la dirección general del establecimiento a sufragar los gastos del entierro. Lo mismo ocurrió con la propia Superiora quien, tras sufrir un infarto

⁴⁷⁵ Montero, L. (29 de abril de 1929). La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*, p. 8.

⁴⁷⁶ Durante la guerra civil, la institución contaba con 21 hijas de la caridad y, en la posguerra, este número descendería a 18. Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.115 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 56.

⁴⁷⁷ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº Interior 1447/55.

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

⁴⁷⁹ Sor Josefa Albusa (1814-1880), natural de Falset (Tarragona), fue la primera Superiora de las hijas de la caridad del Manicomio y estuvo encargada de la administración total de la institución durante sus tres primeros años de su existencia. Permaneció en el asilo hasta su fallecimiento el 13/08/1880 cuando contaba con 66 años de edad, momento en que fue sucedida en el cargo por Sor Teresa Viver y Candell. Véase: Viota y Soliva, E. (1896) pp.126 y 130; Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.41-42.

⁴⁸⁰ Viota y Soliva, E. (1896), pp.31-32.

hepático en 1871, disfrutó de sucesivos viajes a balnearios con cargo al presupuesto del manicomio y por tanto de la Dirección General⁴⁸¹.

La dotación de religiosas a principios del siglo XX era claramente superior a la estipulada en el reglamento vigente, que disponía la presencia de 14 hijas de la caridad en el establecimiento⁴⁸², lo que de alguna manera confirma el poder otorgado al elemento religioso⁴⁸³. Durante las primeras décadas del siglo XX hemos documentado la retribución de éstas con 20 pesetas mensuales⁴⁸⁴, el doble a la consignada en el siglo anterior⁴⁸⁵. Así mismo, se han registrado asignaciones económicas al personal religioso en otras instituciones españolas como el manicomio vasco navarro donde, a principios del siglo XX, los hermanos cobraban 2.50 pesetas diarias y las hermanas 150 pesetas anuales⁴⁸⁶, o el vallisoletano en el que las hijas de la caridad recibían una asignación de 120 pesetas en el año 1909, cifra que aumentó a 320 pesetas anuales en 1937⁴⁸⁷. Posteriormente, durante la posguerra, en Leganés se reflejó una asignación económica de hasta 1200 pesetas anuales⁴⁸⁸, cantidad que seguía siendo menor que aquella percibida por otras religiosas de la época como las del Hospital de Valladolid que llegaban a las 1500 pesetas anuales⁴⁸⁹.

El académico Juan Pérez de Guzmán y Sor Teresa Viver

La importancia otorgada a las hijas de la caridad en el discurrir manicomial queda de manifiesto no sólo por el número de religiosas que eran destinadas a sus dependencias, sino también por la realización de mejoras arquitectónicas a iniciativa de éstas y, especialmente, a lo largo del superiorato de Sor Teresa Viver y Candell durante el que se culminaron considerables reformas en el manicomio. La labor desarrollada por la Superiora en la

⁴⁸¹ Viota y Soliva, E. (1896), pp.126-127; Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.49.

⁴⁸² Reglamento orgánico de 1885. Artículo 6.

⁴⁸³ Esta importancia otorgada al elemento religioso de la plantilla estuvo presente, tal y como se ha reseñado previamente, desde su fundación y se mantendría tras nuestro periodo de estudio. En 1879, Donald Fraser, tras su visita al asilo destacaba la autoridad concedida a las hijas de la caridad y posteriormente, durante la guerra, la Superiora de las hijas de la caridad llegó a ejercer el cargo correspondiente al Administrador depositario. Véase: Fraser, D. (1879). Spanish Asylums. *Journal of Mental Science*, 25(111), 347 – 358, p.351. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.109.

⁴⁸⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p.41. Posteriormente, durante la Segunda República y la Guerra Civil, no se han encontrado referencias sobre las asignaciones económicas de las hijas de la caridad. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 69-96, p.72.

⁴⁸⁵ En el Reglamento de 1873 se establecía una asignación de 125 pesetas anuales y la ración diaria para las hijas de la caridad. Reglamento orgánico de 1873. Título III. Capítulo IX.

⁴⁸⁶ Aztarain Díez, J. (2005), p.179.

⁴⁸⁷ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.248.

⁴⁸⁸ Consiglieri Gámez, A. (2013), pp.56-57.

⁴⁸⁹ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.249-250.

institución fue reflejada en la obra del académico de la historia Juan Pérez de Guzmán y Gallo, titulada *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*⁴⁹⁰.

Pérez de Guzmán (1841-1928), natural de Ronda (Málaga), se dedicó desde temprana edad al estudio de temas de carácter político e histórico. Desde el punto de vista profesional, desempeñó el cargo de director del diario *La Época* y colaboró en diversos periódicos y revistas como *La Ilustración Española y Americana* o *La España Moderna*. Elegido Académico de número de la Real Academia de la Historia el 20 de abril de 1906, tras el fallecimiento del numerario Manuel Danvila y Collado, tomó posesión de la medalla número dos el 20 de mayo del mismo año. En la Academia fue designado secretario accidental desde el 20 de febrero de 1914 y, perpetuo a partir del 12 de diciembre de 1920, cargo que ejerció hasta su fallecimiento el 22 de abril de 1928⁴⁹¹.

Llama la atención que entre febrero de 1896 y noviembre de 1897, estuvo ingresado en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés por delirios de persecución⁴⁹², institución a la que llegó trasladado por los agentes de seguridad y procedente de la Prisión Celular de Madrid. El académico, que sorprendentemente permaneció hospitalizado en la categoría de pobre, había permanecido en la cárcel desde julio de 1895 por delito de “*desacato al Sr. Cánovas del Castillo como Presidente del Consejo de Ministros*”⁴⁹³. En el momento de su llegada al establecimiento, Ignacio del Mazo, entonces director del Manicomio, anotaba lo siguiente:

*“Antecedentes patológicos que se saben. Dedicado a la política, alcanzó buen nombre como escritor y periodista (...) iniciándose los delirios persecutorios, intentando suicidarse”*⁴⁹⁴.

En enero de 1897, se describía la buena conducta del académico, que utilizó el tiempo de su reclusión para escribir “*sobre (...) política, aficionado a la fundación de esta casa*”⁴⁹⁵. El propio Pérez de Guzmán señalaba su interés por la función que Sor Teresa Viver desempeñaba en la institución, a la que dedicó años después la citada monografía, cuya primera edición fue en 1904⁴⁹⁶. Así mismo, durante el internamiento redactó su obra *Versos de varia edad*⁴⁹⁷,

⁴⁹⁰ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). En esta monografía, como se ha comentado, Juan Pérez de Guzmán y Gallo, académico de Historia, realiza una pormenorizada aproximación a la vida de la religiosa y, especialmente, a las mejoras realizadas en el Manicomio de Leganés durante su superiorato.

⁴⁹¹ Castañeda, V. (Abril- Junio 1928). El Excmo. Sr. D. Juan Pérez de Guzmán y Gallo. Secretario perpetuo de la Real Academia de la Historia. *Boletín de la Real Academia de la Historia*. Tomo CII, Cuaderno II.

⁴⁹² Salas y Vaca, años después describiría la patología que le llevó a ser institucionalizado como una “psiconeurosis política”. Salas y Vaca, J. (1924a), p. 6.

⁴⁹³ Historia clínica XIX-1101. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁹⁴ *Ibidem*.

⁴⁹⁵ *Ibidem*.

⁴⁹⁶ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.6

⁴⁹⁷ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1906). *Versos de varia edad*. Madrid: Imprenta de Fortanet. En el Memorial de Sor Teresa Viver, Pérez de Guzmán refiere haber escrito esta obra en “sus arbitrarias reclusiones de 1895 y 1896 (...) en la cárcel y el manicomio”. Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.6.

donde se puede leer el siguiente soneto titulado “El Ángel de la caridad” que consagró a la Superiora:

*“Viene en la lucha con la esquivia suerte,
Presa de mil tormentos y dolores,
No a recibir la prez de tus favores,
Más la dicha a tener de conocerte,
¡Oh, seno de bondad! ¡Oh, pecho fuerte
Contra toda opresión y sus rigores
Alivió tu piedad mis sinsabores
Y cortó hasta las alas a la muerte.
Tú, mi fe, de mi constancia egida,
Que contemplaste las fieras inquietudes
De mi honor y mi fama en lucha tanta;
Deja que, mientras tenga voz y vida,
Exalte yo, entre el haz de tus virtudes,
Tu inmensa caridad tres veces santa”.*
Madrid, 20 de mayo de 1906⁴⁹⁸.

Las “grandes preocupaciones” que le produjo el asesinato de Antonio Cánovas del Castillo (1828-1897) el 8 de agosto de 1897, por el anarquista italiano Michele Angiolillo, le llevaron a fugarse del establecimiento en septiembre de ese mismo año. Dos meses después, y sin que hubiera regresado a la institución, le fue concedida una licencia de dos meses de salida temporal, para tramitar administrativamente el alta hospitalaria que se gestionó definitivamente en enero de 1898 tras conseguir *“sus protectores (...) que fuera dado de alta, como enfermo, por la Dirección General”*⁴⁹⁹.

En la historia clínica hemos hallado un telegrama que el Marqués de Valdeiglesias dirigió a Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario de la institución, en el que se recogía: *“Guzmán está en su casa ruégole (sic) no le pare perjuicios”*. Así mismo, el propio periodista, redactó una carta para el administrador pocos días después de abandonar la institución en la que explicaba las razones de su fuga⁵⁰⁰.

Tras salir de la institución, Pérez de Guzmán siguió manteniendo vinculación con los trabajadores del manicomio a los que visitaba con frecuencia⁵⁰¹. De hecho, en 1916, fue invitado al acto de imposición de la placa de la orden civil de beneficencia a Sor Teresa Viver, durante el que leyó un discurso de agradecimiento en representación de la Superiora⁵⁰². El

⁴⁹⁸ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1906), pp. 399-400.

⁴⁹⁹ Historia clínica XIX-1101. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁰⁰ Ibídem.

⁵⁰¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p.6.

⁵⁰² *Imposición pública y solemne de la placa de la orden civil de beneficencia de primera clase a Sor Teresa Viver y Candell, Superiora de las hijas de la caridad de Santa Isabel, de Leganés*. (1916). Madrid: Establecimiento tipográfico de Fortanet. pp.26-28. Este trabajo se editó como suplemento al *Memorial de la vida de Sor Teresa* que había sido publicado en su primera edición 1904 y, en la segunda en 1911, por lo que, aunque no figura el autor en la edición consultada, es probable que éste fuera el propio Pérez de Guzmán.

académico mantuvo correspondencia, entre otros⁵⁰³, con personal del Manicomio como Sor Teresa y la Marquesa de Aguilar de Inestrillas, vicepresidenta de la Junta de Patronos del Manicomio⁵⁰⁴. En el legado de Juan Pérez de Guzmán y Gallo, conservado en el Archivo de la Real Academia de la Historia, se hallan dos cartas que Sor Teresa escribió al académico y la esquila conmemorativa del fallecimiento de la Superiora. Concretamente, en abril de 1916, Pérez de Guzmán recibió una misiva de la religiosa en la que ésta le agradecía las macetas que el escritor le había enviado *“las cuales servirán para la semana santa y los monumentos que deseo vea V.”*⁵⁰⁵. La vicepresidenta de la Junta de Patronos del Manicomio, también le mandó una carta al académico con motivo del funeral celebrado en honor de Sor Teresa tras su fallecimiento en la que se puede leer lo siguiente:

*“Exmo Sr. D. Juan Pérez de Guzmán. Mi distinguido amigo. Al salir del funeral de nuestra amada Sor Teresa (p. e. p. d.) me entregaron su carta; en el momento que yo iba a preguntar si estaba V. enfermo porque le había echado de menos. Mucha pena tuve al ver ocupado el puesto de nuestra querida Superiora! Ella desde el cielo cuidará de aquella casa y hará que aunque nadie podrá reemplazarla, que sepan todos seguir lo que ella nos (...) y a la nueva Superiora para el bien de los que nunca la llorarán bastante. Con este motivo tiene el gusto de repetirse suya aff. amiga. Marquesa Vda. De Aguilar de Inestrillas”*⁵⁰⁶.

⁵⁰³ En el expediente personal de Pérez de Guzmán, conservado en la Biblioteca de la Real Academia de la Historia, se puede consultar la correspondencia del escritor. Entre otros, recibió cartas de personalidades religiosas como el Arzobispo de Toledo (Obispo de Madrid Alcalá) en 1891 o, el también Obispo de Madrid Alcalá, José María Salvador Barrera, que en 1904 le escribía una misiva *“para comunicarle la concesión de indulgencias que tenía solicitadas para la capilla de Leganés”* y profesionales médicos como Tolosa Latour, que en 1916 le agradecía *“el interés demostrado en favor del infortunado y benemérito maestro D. Antonio Marín Cañizares a quien la Real Academia de Historia ha concedido el premio a la virtud de la fundación de D. Fermín Caballero”* o Rafael Salillas y Panzano, que le escribió para darle las gracias *“por los dos ejemplares del 2 de mayo de 1808 en Madrid”*. También recibió cartas de personalidades del mundo de la política como Raimundo Fernández Villaverde, diputado a Cortes por Puente Caldelas, Carlos Manuel O'Donnell y Álvarez de Abreu, Duque de Tetuán y Senador por la provincia de Castellón de la Plana entre 1876 y 1902, Francisco de Borja Queipo de Llano, VIII Conde de Toreno y Ministro de Fomento, Francisco Silvela o Nicolás Salmerón, mientras desempeñaba el cargo de Presidente del Poder Ejecutivo de la Primera República. Así mismo, hemos hallado correspondencia de Pérez de Guzmán con personalidades de la cultura como el escritor Pío Baroja y Nessi o el músico y director del Conservatorio de Madrid, Tomás Bretón y Hernández, el cual en 1909 le agradecía el artículo que Pérez de Guzmán había escrito sobre Albéniz y su familia. Biblioteca de la Real Academia de la Historia. 11/8279(10), 11/8279 (8), 11/8280 (7), 11/2871(65).

⁵⁰⁴ Biblioteca de la Real Academia de la Historia. 11/2871 (10).

⁵⁰⁵ Biblioteca de la Real Academia de la Historia. 11/8280 (69).

⁵⁰⁶ Biblioteca de la Real Academia de la Historia. 11/8271 (10)

La inauguración de la nueva capilla en el Manicomio

La información sobre la Superiora de Leganés sólo nos viene a través de la obra de Pérez de Guzmán *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*, editada en 1911, en la que el académico describe la vida y actividad asistencial de la religiosa con un claro tono panegírico. Sor Teresa Viver y Candell permaneció en el Manicomio de Leganés desde mayo de 1858 cuando contaba con 22 años de edad⁵⁰⁷, hasta su fallecimiento a los 81 años en septiembre de 1916⁵⁰⁸. Nacida el 3 de agosto de 1832 en Torelló (Barcelona), la religiosa fue la segunda de una fratria de 8 hermanos y dedicó gran parte de su infancia y adolescencia a ayudar en la contabilidad de un comercio de telas que gestionaban sus padres⁵⁰⁹. El 16 de diciembre de 1857, ingresó en el Real Noviciado para realizar la formación y tan solo cinco meses más tarde fue destinada al Manicomio de Leganés⁵¹⁰. La joven contó con la confianza y respeto de la entonces Superiora Sor Josefa Albusa, que la definía como:

*"No es una subordinada mía; es una hija (...) es una cooperadora como yo la necesito; me ayuda en todo, adivina mis pensamientos, los descifra y me da resueltas las cuestiones más arduas y que exigen la más seria meditación"*⁵¹¹.

Tras el fallecimiento de ésta, el 13 de agosto de 1880, el director de la orden dispuso que le sucediera en el cargo Sor Teresa Viver y Candell⁵¹², nombramiento que contó con la aprobación de la Dirección General de Beneficencia y de la Junta de Patronos, así como del resto de personal de la Casa de Santa Isabel como médicos y personal subalterno⁵¹³.

Durante el superiorato de la hermana, como se ha señalado, se realizaron considerables mejoras en las dependencias manicomiales de las hijas de la caridad. En el siglo XIX, con la intención de que se pudiera utilizar por la población de Leganés, se reformó la capilla del Manicomio, que no había sufrido ninguna modificación desde su fundación, con un coste de 20000 pesetas obtenidos gracias a los donativos de la caridad⁵¹⁴. Así mismo, en 1884, dada

⁵⁰⁷ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.17, 32 y 38.

⁵⁰⁸ *ABC*. (19 de septiembre de 1916), p.12 y *El Progreso*. (21 de septiembre de 1916.). Año IX, número 6631.

⁵⁰⁹ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.17-19.

⁵¹⁰ A su llegada al Manicomio se le encomendaron tareas en la cocina y la despensa. Más tarde fue destinada a la botica y salas de labor y posteriormente, en el cuidado del departamento de distinguidos y el servicio del altar y de la capilla. Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.38 y 43.

⁵¹¹ *Ibidem*, pp.44 y 46. Sor Josefa Albusa, solía solicitar la ayuda de Sor Dolores Artigues, hermana con amplia experiencia, para el desempeño de las tareas de organización y gestión del manicomio y que hacía las funciones de vicesuperiora. Tras el fallecimiento de ésta, aunque pidió a la Junta General y al Visitador de la Congregación otra hermana que la sustituyera, tuvo que elegir entre las entonces subordinadas, escogiendo, a pesar de su juventud, a Sor Teresa Viver y Candell. Desde ese momento, Sor Teresa asumió tareas de Secretaría, entre las que estaban, además del cuidado del departamento de distinguidos, el altar y la capilla, la gestión de la correspondencia de la Superiora y la economía, orden y gobierno del establecimiento. Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp. 47-49.

⁵¹² Viota y Soliva, E. (1896), p.130.

⁵¹³ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.59.

⁵¹⁴ *Ibidem*, p.5. Para una descripción más precisa de todas las mejoras iniciales llevadas a cabo en la capilla se puede ver: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.5 y 67-74; Viota y Soliva, E. (1896), p.130-135.

la escasa cifra de niños escolarizados en la población de Leganés, proyectó el *Colegio de la Purísima Concepción*, una "escuela de párvulos", gratuita, "*para niños de ambos sexos de cualquier condición social a la que podían también asistir una sección de niñas de mediana edad y adultas*" (figura 4)⁵¹⁵.



Figura 4. Colegio de La Purísima Concepción en Leganés (1911). Fuente: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Imprenta de Fortanet

Las mejoras en el oratorio de Santa Isabel no impidieron que en el siglo XX, entre agosto de 1907 y octubre de 1908 se construyera de una nueva capilla en el Manicomio. Para la autorización de las obras se redactó una instancia con fecha de 1 de agosto de 1907 a nombre de la vicepresidenta de la Junta de Patronos, la señora de Aguilar de Inestrillas, que fue aprobada por Real Orden de 16 de agosto de 1907⁵¹⁶. Al mismo tiempo que se expedía esta orden, se facultó al arquitecto de la Beneficencia General, Carlos Luque, para que, de acuerdo con Sor Teresa Viver, realizase el proyecto, levantase el plano y calculase el presupuesto de las obras, que ascendían a 31360 pesetas. Con fecha de 26 de agosto de 1907, la Superiora dirigía una comunicación a la vicepresidenta de la Junta de Patronos

⁵¹⁵ En el momento de su inauguración trabajaban en el Colegio dos hijas de la caridad, Sor Regina Bonet y Sor Antonia Frutos, ambas subvencionadas con 250 pesetas anuales por parte de la alcaldía del municipio de Leganés, cifra que se doblaría para finales de siglo. Para más información sobre la creación de este colegio consúltese: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.81-100.

⁵¹⁶ Ibidem, p.147. En este trabajo se puede leer íntegra la Real Orden, transcrita en las páginas 48 y 49 del mismo.

adjuntándole el mencionado proyecto⁵¹⁷, que debía terminarse antes del 1 de mayo de 1908⁵¹⁸. Conviene señalar que los trabajos arquitectónicos de la capilla fueron ejecutados en unos talleres de Barcelona, propiedad de Ramón Viver y Candell, hermano de Sor Teresa⁵¹⁹. Finalmente, el 12 de octubre de 1908, se autorizó su apertura⁵²⁰.

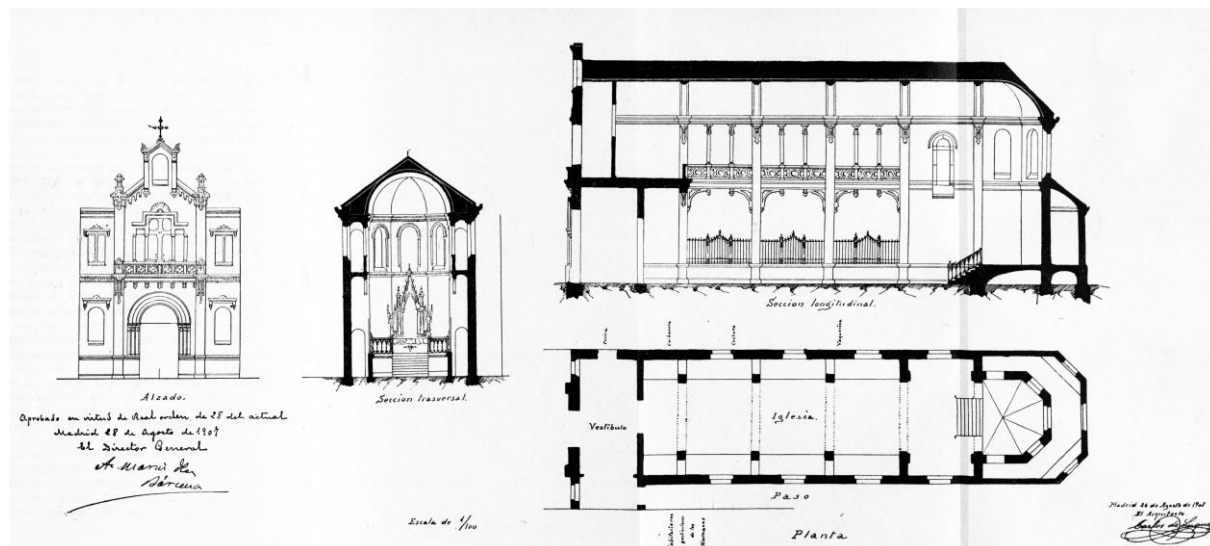


Figura 5. Plano arquitectónico del altar de la Capilla del Manicomio de Leganés (1908). Fuente: Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Imprenta de Fortanet

La inauguración de la capilla fue el centro de atención de la prensa de la época. Concretamente, el periódico *Nuevo Mundo* informaba del acontecimiento publicando una foto del altar mayor elogiando la larga trayectoria de Sor Teresa en el Manicomio (figura 6)⁵²¹. Así mismo, *La Correspondencia de España*, con motivo de la celebración ese mismo año de las bodas de oro de Sor Teresa en el manicomio, editaba una columna en la que describía el acto de inauguración de la nueva capilla que contó con la presencia de la Infanta Doña María Isabel de Borbón⁵²². Dos años más tarde también fue objeto de interés con motivo de una visita del Obispo de Madrid-Alcalá a la misma durante una visita pastoral al pueblo de Leganés⁵²³.

⁵¹⁷ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.149. Se puede acceder a la transcripción de esta comunicación en pp.149-150 y la memoria descriptiva del proyecto, así como una imagen del alzado de la capilla en pp.150-153.

⁵¹⁸ Solo se podrían paralizar las obras en caso de falta de abono de los plazos acordados. Se estableció así mismo que el contratista debía pagar una multa si paraba la reforma sin causa justificada. Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.153-154.

⁵¹⁹ *Imposición pública...* (1916), p.43.

⁵²⁰ Se puede consultar la Real Orden por la que se autorizaba la apertura de la capilla en Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), pp.155-156.

⁵²¹ *Nuevo Mundo*, año 1909.

⁵²² *La correspondencia de España* (16 de octubre de 1908). Año LIX, número 18510.

⁵²³ *ABC*. (11 de mayo de 1910). El Obispo en Leganés, p.7.



Altar mayor de la nueva capilla que bajo la advocación de la Concepción Inmaculada ha sido construida en el Manicomio de Leganés.
FOT. N. M., POR PORTELA

Figura 6. Imagen del Altar mayor de la nueva Capilla del Manicomio Nacional de Leganés.
Fuente: *Nuevo Mundo*, 1909

Además de las mejoras expuestas, durante el superiorato de la catalana, se reformaron las dependencias en el Manicomio de las hermanas de la caridad a cargo del arquitecto Sr. Grasses, habilitándose las habitaciones y construyendo un dormitorio colectivo para la Congregación, un ropero y depósito de ropas y telas⁵²⁴. Así mismo, se arregló el emparrado de la huerta y se llevó a cabo la construcción de un panteón propio para las hijas de la caridad⁵²⁵.

Sin duda, la labor de Sor Teresa en el Manicomio contó con el reconocimiento de sus superiores. De hecho, en noviembre de 1914, tras aprobarse por unanimidad en la Junta de Patronos, la vicepresidenta, la Sra. Condesa de Aguilar e Inestrillas, elevó una instancia al entonces Director General de la Administración solicitando el ingreso de la religiosa en la Orden Civil de Beneficencia⁵²⁶, distintivo que tan sólo había sido concedido previamente a otra hija de la caridad, la Superiora del Hospital Provincial de Madrid⁵²⁷. El 7 de julio de 1915 se expidió una Real Orden desde el Ministerio de la Gobernación concediéndole a la religiosa la Cruz de Primera Clase con Distintivo Blanco *“considerando que los hechos meritorios,*

⁵²⁴ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p106.

⁵²⁵ Viota y Soliva, E. (1896), pp.130-135. El panteón estaba consagrado a las hijas de la caridad que fallecían en el Servicio del Manicomio y se encontraba dentro del Cementerio público de Santa María de Butarque en el propio municipio de Leganés. *Imposición pública...* (1916), p.16.

⁵²⁶ Se puede leer íntegra la instancia presentada en *Imposición pública...* (1916), pp.13-18.

⁵²⁷ *Imposición pública...* (1916), pp.11-12.

*altamente laudatorios y eminentemente culturales y caritativos, son por su origen, modalidades y finalidad de los comprendidos en el artículo 6º de la citada disposición legal*⁵²⁸.

Al acto de imposición, que se realizó en las instalaciones del manicomio y, concretamente, en el salón de recreo de varones pensionistas, acudieron, además de la condecorada, personalidades relevantes. Estuvieron presentes, entre otros, la Infanta María Isabel Francisca de Borbón el Ministro de la Gobernación, José Sánchez Guerra, el Obispo de Madrid-Alcalá, José María Salvador y Barrera, las integrantes de la Junta de Patronos, las hermanas de la caridad⁵²⁹, Superiores de otros establecimientos benéficos, una representación de los Padres de San Vicente de Paul, grupos de enfermos de ambos sexos "con sus respectivos vigilantes" y niños y niñas del Colegio de la Purísima Concepción así como representantes de la prensa madrileña. También acudió el Director General de la Administración y personal del manicomio como el administrador depositario, Ramiro Llera y Téllez, el entonces Jefe facultativo, José Salas y Vaca, los médicos Ignacio del mazo y Antonio Yunta, el capellán, José de la Puente y Abascal y, por último, el Académico, Juan Pérez de Guzmán⁵³⁰.

La ceremonia de imposición contó con el apoyo del propio municipio de Leganés, cuyos ciudadanos acudieron a las puertas del Manicomio a aclamar a la Infanta y le rindieron tributo con la interpretación de la Marcha Real⁵³¹. Así mismo, la prensa local y nacional se hizo eco de la conmemoración, de modo que en los siguientes días se sucedieron las noticias que describían el acto (figura 7)⁵³².

⁵²⁸ *Ibidem*, pp.19-20. La Orden Civil de Beneficencia fue creada por Real Decreto de 17 de mayo de 1856 con el objetivo de "premiar servicios eminentes y humanitarios". En 1910, Real Decreto mediante, se decidió unir este distintivo con el de la Cruz de Epidemias por destinarse a motivos muy similares. En el artículo 6º de dicha legislación se estableció que para ser recompensado con el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia con distintivo blanco, era preciso que concurrieran alguna de las circunstancias que siguen: haberse distinguido en la práctica de la caridad; realizar trabajos propios de los cuales resulten positivos beneficios para la humanidad y contribuir de modo relevante a la moralidad de las costumbres o al progreso de los estudios. Véase: Real decreto refundiendo en una sola las distinciones honoríficas denominadas Cruz de Epidemias y Orden civil de Beneficencia, que será conocida por este último nombre. (2 de agosto de 1910). *Gaceta de Madrid*, 214, pp. 485 a 486.

⁵²⁹ Se puede consultar una relación de los nombres de las hijas de la caridad que desempeñaban sus servicios en el Manicomio en el año 1916 en: *Imposición pública...* (1916), pp.9-10. Así mismo, en Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911), p.9 se recoge la plantilla nominal de hermanas de la caridad en los años 1906 y 1911.

⁵³⁰ *Imposición pública...* (1916), pp. 22-25. José de la Puente Abascal fue nombrado capellán del Manicomio el 14 de mayo de 1894. Viota y Soliva, E. (1896), p.175. Sobre las figuras de los médicos del manicomio Ignacio del Mazo y Yunta, trataremos en un apartado posterior de este mismo capítulo.

⁵³¹ *Imposición pública...* (1916), p. 24.

⁵³² *ABC*. (31 de octubre de 1915), p.11; *Blanco y Negro*. (7 de noviembre de 1915), pp.38-39; *La Ilustración artística*. (8 de noviembre de 1915). Tomo XXXIV. Año XXXIV, número 1767, p.10; *La Gaceta de Tenerife*. (1 de noviembre de 1915). Año VI, número 1559; *La Vanguardia*. (31 de octubre de 1915), p.16; *La Hormiga de Oro*. (6 de noviembre de 1915). En esta última publicación se puede ver una foto a página completa de Sor Teresa con varios asistentes a la ceremonia como la Infanta, el Sr. Obispo y el Jefe Facultativo José Salas y Vaca.

LA HORTIGA DE ORO
Ilustración Católica

Fiel a las enseñanzas de la Iglesia, somete todos sus escritos a la Censura Eclesiástica

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN
España, un año, 10 ptas. — Seis meses, 5

Año XXXII-Sábado 6 Noviembre 1915-Núm. 45

OFICINAS DE ADMINISTRACIÓN
Plaza de Santa Ana, núm. 26, Barcelona



MADRID.—En el Manicomio de Santa Isabel, en Leganés: La Infanta Doña Isabel (1) después de condecorar con la Cruz de Beneficencia a la Superiora de las Hijas de la Caridad Sor Teresa Viver (2) por los servicios prestados durante 22 años. Asistió al acto el Ilmo. Sr. Obispo de Madrid-Alcalá (3) y el Ministro de la Gobernación (4). — (Fot. Ortiz)

© Biblioteca Nacional de España

Figura 7. Imposición de la Cruz de Primera Clase con Distintivo Blanco a Sor Teresa Viver y Candell. Fuente: La Hormiga de oro. (6 de noviembre de 1915), p.1

El personal religioso de la Casa de Santa Isabel se completaba con un capellán que estaba auxiliado por un acólito⁵³³. Hasta 1876 hubo un alto índice de recambio en éstos dentro del manicomio, llegando a realizarse 18 nombramientos⁵³⁴. A partir de ese año, parece que la figura del religioso fue más estable. Así, el 3 de abril de 1876 fue nombrado Marcelino Gómez Agüero, cesado en enero de 1894 y sustituido por José de la Puente Abascal el 14 de mayo del mismo año⁵³⁵, religioso que se mantendría en el cargo hasta al menos 1916⁵³⁶. Desconocemos los nombres de los capellanes que trabajaron en la institución con posterioridad. Entre las funciones de los religiosos destacaban la de *“cooperar, bajo la dirección del Jefe Facultativo del establecimiento, al éxito de los tratamientos morales que prescriba a los alienados el referido profesor o administrar los auxilios espirituales a los enfermos si procede mandato facultativo, o en caso de peligro de muerte por indicación de la Dirección de la Administración o Superiora de las hijas de la caridad”*⁵³⁷. El capellán del manicomio pertenecía al Cuerpo de Capellanes de la Beneficencia general, los cuales eran nombrados por el Ministro de la Gobernación, previos ejercicios de oposición⁵³⁸ y, a finales de la década de los veinte, tenían asignado un sueldo anual de 2500 pesetas anuales⁵³⁹.

LOS MÉDICOS Y SUS FUNCIONES

Los clínicos del Manicomio de Leganés pertenecían al Cuerpo Facultativo de Beneficencia General constituido, a principios del siglo XX, por 18 médicos que obtenían las plazas por oposición, de los cuales, el más antiguo desempeñaba el cargo de Visitador General de la Beneficencia, trece estaban encargados del servicio de visita de los Hospitales de Beneficencia y, de los restantes, uno realizaba sus funciones en el Laboratorio y Servicio de autopsias del Hospital de la Princesa. Además de este cuerpo, se proveía la existencia de hasta treinta médicos agregados para el Hospital de la Princesa y dos por cada uno de los establecimientos de Beneficencia General, que nombraba el Ministro de la Gobernación, siendo preferidos los licenciados en Medicina y Cirugía que hubieran prestado servicios de

⁵³³ El Acólito a finales del siglo XIX recibía un salario de 182 pesetas anuales. FC-Mº_Interior. Legajo: 1334/26.

⁵³⁴ En Viota y Soliva, E (1896), pp.174-175 se puede consultar la relación nominal de todos ellos.

⁵³⁵ Viota y Soliva, E. (1896), pp.174-175.

⁵³⁶ *Imposición pública...* (1916). p.24.

⁵³⁷ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 19-24.

⁵³⁸ Si bien, se ha registrado la presencia de capellanes interinos en el Manicomio en el siglo XIX. En 1870, el entonces capellán de la institución solicitó la plaza en propiedad tras 11 meses de interinidad y para ello adjuntó un informe redactado por el director del Manicomio, Manuel Rodríguez Villargoitia certificando su buena conducta. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054/16.

⁵³⁹ Consúltase: Se saca a pública oposición una plaza de capellán tercero en el Cuerpo de Capellanes de la Beneficencia general. (19 de abril de 1929). *Gaceta de Madrid*, 109, p. 357. En 1870 la asignación económica que recibía el capellán en el manicomio era de 1125 pesetas.

practicantes en los establecimientos de la Beneficencia general. Estos médicos, que no recibían sueldo alguno, debían desempeñar las funciones auxiliares que les asignara el Jefe Facultativo⁵⁴⁰.

El personal facultativo que hemos podido registrar en Santa Isabel a principios del siglo XX era menor, como hemos señalado, al estipulado por el Reglamento orgánico de 1885⁵⁴¹, ya que el asilo tan sólo contaba con un médico, Ignacio del Mazo Almazán, quien ocupaba el cargo de Jefe Facultativo desde el 4 de septiembre de 1883, tras suceder a Eduardo Gómez Navarrés⁵⁴². Del Mazo tenía, según Salas y Vaca, la ayuda "circunstancial" de un médico auxiliar, Antonio Yunta Carrascosa⁵⁴³, que probablemente fuera médico agregado del Cuerpo de la Beneficencia General. A lo largo de las primeras décadas del siglo XX el número de clínicos en la institución se incrementaría, adecuándose a lo estipulado por la reglamentación. Entre 1906 y 1907 la plaza de Jefe facultativo fue ocupada por Ramón Ezquerria Baig⁵⁴⁴, quedando Ignacio del Mazo como médico residente⁵⁴⁵. Tras el fallecimiento de Ezquerria, en 1911, ocupó la jefatura José Salas y Vaca, neuropsiquiatra de origen andaluz, y al que dedicaremos, por su relevancia, el capítulo III de este trabajo. En la segunda década del siglo, la plantilla facultativa de la institución estaba compuesta por Salas y Vaca como Jefe Facultativo, Ignacio del Mazo como médico residente y Antonio Yunta como médico auxiliar⁵⁴⁶. Posteriormente, al jubilarse Del Mazo en 1921⁵⁴⁷, y fallecer Yunta⁵⁴⁸, le sucedieron en el cargo Aurelio Mendiguchía Carriche y Antonio Martín-Vegué⁵⁴⁹.

⁵⁴⁰ Véase: Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, pp. 340-341 y Real decreto modificando el artículo 1º del Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general de 27 de octubre de 1904 en la forma que se menciona. (24 de septiembre de 1924). *Gaceta de Madrid*, 268, pp.1482- 1483.

⁵⁴¹ En el Reglamento orgánico de 1885 se establecía la presencia de un médico -Jefe Facultativo- y otro médico agregado. Reglamento orgánico de 1885. Artículo 6º.

⁵⁴² Viot y Soliva, E. (1896), p. 174.

⁵⁴³ Salas y Vaca, J. (1929), p.24.

⁵⁴⁴ Desconocemos con exactitud la fecha de incorporación de Ramón Ezquerria Baig a la institución, si bien es muy probable que esta se produjera a finales de 1906 ya que en noviembre de ese año se le encargó por parte de la Dirección General de la Administración un proyecto para la construcción de un Manicomio Modelo en la posesión de Vista Alegre, en Madrid. Véase: Real orden disponiendo se encargue al Jefe facultativo del Manicomio de Leganés y al Arquitecto de la Beneficencia general que practiquen el estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas. *Gaceta de Madrid* número 305, de 01/11/1906, p. 449. Así mismo, en 1912, Ezquerria fue motivo de una noticia en el diario *El Heraldo de Madrid*, donde se explicitaba que llevaba cinco años trabajando en el Manicomio. *El Heraldo de Madrid* (18 de febrero de 1912), p.2. Por otra parte, Mendiguchía Carriche, facultativo que ocuparía años más tarde la plaza de médico residente, databa su incorporación en 1907. Véase: Mendiguchía Carriche, A. (1955). Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Archivos de Neurobiología*, 18(3), 933-944, p.944.

⁵⁴⁵ Salas y Vaca, J. (1924a), p.19; Salas y Vaca, J. (1929), p.24.

⁵⁴⁶ *Imposición pública...* (1916), p.9.

⁵⁴⁷ Expediente colegial de Ignacio del Mazo Almazán. Archivo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (en adelante ICOMEM).

⁵⁴⁸ Desconocemos la fecha exacta de fallecimiento de este médico si bien debió ser antes de 1925 ya que en su expediente del ICOMEM se encuentra una carta sin abrir con esa fecha que se le dirigió desde el Colegio y que fue devuelta al mismo por encontrarse Yunta fallecido.

⁵⁴⁹ Salas y Vaca, J. (1929), p.24. Aunque es esta publicación Salas especificó que Mendiguchía y Martín-Vegué sustituyeron al jubilado Mazo y fallecido Yunta, unos años antes, en 1924, al describir las mejoras conseguidas en el establecimiento, señalaba que éstas fueron posibles gracias a "*la gestión del personal del establecimiento formado por los señores Mazo, Mendiguchía y Martín Vegué que, llenos de entusiasmo, cumplen la dura y enojosa labor médica diaria con feliz acierto y gran asiduidad*", cita de

En los años siguientes, el personal médico seguiría aumentando de modo que en 1924 la institución contaba con cuatro facultativos: José Salas y Vaca como Jefe Facultativo, Enrique Fernández Sanz, nombrado a petición de Salas como médico consultor desde 1921⁵⁵⁰, y los ya citado Aurelio Mendiguchía y Antonio Martín-Vegué⁵⁵¹, a los que se sumaría el hijo de Enrique Fernández Sanz, cuya labor estaba asociada al laboratorio clínico de la institución⁵⁵². En los años treinta, con la llegada de la Segunda República, el número de médicos volvería a incrementarse hasta seis plazas⁵⁵³. Posteriormente, durante la contienda, el personal facultativo disminuyó al marcharse de la institución Fernández Sanz, que estaba ejerciendo en ese momento como Jefe Facultativo, el médico encargado del laboratorio y el médico agregado⁵⁵⁴. Si bien no existe documentación para conocer con exactitud el número de médicos que llegaron a trabajar en el manicomio en la posguerra, es probable, tal y como recoge Conseglieri, que superara la cifra de dos facultativos⁵⁵⁵.

Los médicos asignados al Manicomio Nacional a finales de la década de los veinte eran más numerosos que en otros establecimientos ya que la escasez de personal era la norma. De hecho, en el asilo de Zaragoza, en las primeras décadas del siglo XX tan sólo había tres facultativos para una población de más del doble que la de Leganés⁵⁵⁶. Por otra parte, los Manicomios de Granada y Sevilla tan solo contaban con un facultativo para una capacidad de 225 enfermos y cerca de 700 asilados respectivamente⁵⁵⁷. La misma situación se observaba en el Manicomio de Valladolid, donde para cerca de 1200 asilados, estaban empleados, en 1927, tres médicos⁵⁵⁸.

la que se podrían extraer que los tres médicos trabajaron de forma coetánea en el Manicomio. Salas y Vaca, J. (1924a), p.9. No hemos podido concretar con exactitud si Ignacio del Mazo compartió la tarea de facultativo con sus predecesores y, si fue así, por cuanto tiempo.

⁵⁵⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.25.

⁵⁵¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p.9.

⁵⁵² A partir de 1924, momento en que Enrique Fernández Sanz comenzó a ejercer como Jefe en Funciones, se implementó un laboratorio clínico en el Manicomio del que se haría cargo su hijo. Salas y Vaca, J. (1929), pp. 20 y 25.

⁵⁵³ Vázquez de la Torre, P. (2008), p.71. En el momento de estallar la guerra la plantilla se componía del director facultativo, Enrique Fernández Sanz, un médico supernumerario residente, Aurelio Mendiguchía Carriche y dos médicos supernumerarios auxiliares residentes, Antonio Martín-Vegué y José María Moreno Rubio, un médico encargado de laboratorio, hijo de Enrique Fernández Sanz y otro médico agregado. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.108.

⁵⁵⁴ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 111 y Anexo II.

⁵⁵⁵ El Reglamento de 1941 incluía entre la plantilla a un jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar y un médico de laboratorio de análisis. Véase: Reglamento de 1941 y Conseglieri Gámez, A. (2013), pp. 63-68.

⁵⁵⁶ Salas y Vaca, J. (1924a), p.48. Sobre la asistencia a los pacientes en el Manicomio de Zaragoza véase: Fernández Doctor, A. (1993). *Psychiatric care in Zaragoza in the eighteen century. History of psychiatry*, 4, 373-393 y Fernández Doctor, A. (1993). La asistencia psiquiátrica en la Zaragoza del siglo XIX. *Psiquis*, 14, 289-300.

⁵⁵⁷ Salas y Vaca, J. (1924a), pp.54 y 57.

⁵⁵⁸ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p. 249; Salas y Vaca, J. (1924a), p.59.

Las funciones de los facultativos

Entre las funciones atribuidas al personal facultativo de Leganés destacaban la de *“librar certificaciones facultativas”* o *“poner en conocimiento de la Junta de Patronos la curación de los pacientes”*⁵⁵⁹. Se han registrado 67 historias que contienen una certificación facultativa, lo que supone cerca de un 6,5% del total de historias revisadas, la mayoría de las cuales corresponden a los ingresos que tuvieron lugar entre 1915 y 1931. Dos de estas certificaciones fueron emitidas con el objetivo de proponer el alta del paciente al no haberse objetivado ningún síntoma de enfermedad mental⁵⁶⁰. El Jefe Facultativo también debía anotar en la historia clínica los días 13 y último de cada mes los cambios clínicos de los pacientes. Esta frecuencia quincenal en las anotaciones de las evoluciones psicopatológicas, que ya venía estipulada en el Reglamento de 1873, era habitualmente incumplida⁵⁶¹. En nuestro análisis el número medio de registros evolutivos es de 6,26 (DE 6,07), bastante escaso si tenemos en cuenta que la estancia media rondaba los 8 años (7.94 años, DE 11,4), es decir no se escribía ni siquiera una vez al año. Tan sólo el 19% de las historias tenían más de 8 anotaciones evolutivas (figura 8).

⁵⁵⁹ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 13.

⁵⁶⁰ Historias clínicas XX-9 y XX-26. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁶¹ La escasez de registros evolutivos ya ha sido descrita en otros trabajos que abordan periodos previos y posteriores en el manicomio. Así, se ha visto para los periodos de 1877-1879 en que el manicomio estuvo bajo la dirección de Luis Simarro Lacabra: Moro, A. y Villasante, O. (2001), y para el periodo 1924-1936 en que Fernández Sanz trabajó en la institución como médico consultor y posteriormente como médico facultativo, donde la media de evolutivos no superaba los cinco registros: Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN, p.211. También en: Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En: R., Campos, L. Montiel, R. Huertas (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España* (siglos XVI-XXI) (pp. 329-345). Madrid: CSIC. En la posguerra, el número de registros evolutivos fue mayor que en épocas previas, de hecho el 35% de las historias tenían más de 8 registros evolutivos recogidos a lo largo de la estancia del paciente en el hospital, y en el 98% de los casos se anotaba más de dos veces en la historia, a pesar de que esta periodicidad no estaba delimitada en el Reglamento de 1941. Conseglieri Gámez, A (2013), p.66.

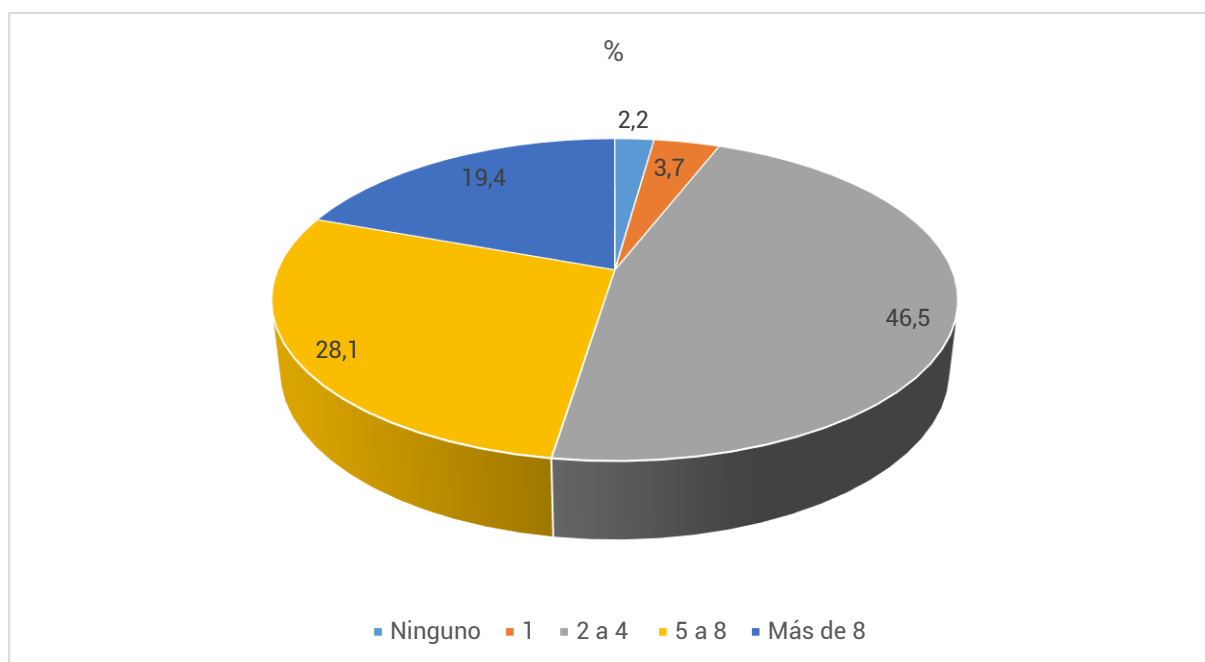


Figura 8. Número de registros evolutivos recogidos en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1900-1931)

Los médicos del Manicomio podían también ordenar a los alienados en sus departamentos respectivos, decidir cuestiones relativas a las visitas de los enfermos y designar aquellos que necesitaban ser vigilados en completa censura⁵⁶². Como veremos, en el Manicomio de Leganés se registró la prescripción de medidas de sujeción en tan solo dos pacientes⁵⁶³. Se trata de dos mujeres de 63 y 31 años de edad, con diagnósticos de demencia senil y "síndrome delirante polimorfo fondo demencial" respectivamente, cuestión que es significativa dado que la peligrosidad se asociaba al sexo masculino⁵⁶⁴. Es probable que la sujeción física se utilizara de forma más frecuente sin que quedara registrada en la historia clínica. De hecho, la escasez de registros de este tipo de medidas nos lleva a pensar que tan sólo se anotaran, por su excepcionalidad, las restricciones físicas aplicadas a pacientes del departamento de tranquilos, mientras que aquellas empleadas en el de agitados y furiosos, al ser mucho más habituales, no quedaran reflejados en la historia clínica. Al igual que

⁵⁶² Reglamento orgánico de 1885. Artículos 11 a 18.

⁵⁶³ Hacia la década de 1840, en Inglaterra, una serie de médicos como W. Tuke, J. Haslam, E. Charlesworth y J. Conolly postularon el principio de *non-restraint*, es decir, la abolición de los instrumentos materiales de coerción. Así, E. Charlesworth (1794-1853), médico consultor en el Lincoln Asylum propuso en 1820 atacar los métodos coercitivos hasta entonces vigentes en su trabajo *Remarks on the treatment of the Insane and the Management of Lunatic Asylums* y John Conolly (1794-1866) lo aplicó desde su llegada en 1839 al asilo de Middlesex en Hanwell. Este autor expuso sus principios para el tratamiento de los enfermos mentales en *The Construction and Government of Lunatics Asylums and Hospitals of the Insane* y *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint*. La reivindicación gozó de una gran repercusión y promovió en los hospitales europeos una campaña por el *non restraint* y una modificación en la manera de tratar a los locos que, a juicio de Michel Foucault, no constituyó una iniciativa "demasiado seria". Véase: Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p. 128. También: Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica: para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia, pp. 234-242.

⁵⁶⁴ Historias clínicas XX-296 y XX-542. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. El estudio de las medidas terapéuticas aplicadas en el Manicomio Nacional de Leganés en las primeras décadas de siglo se aborda en el capítulo VI de esta tesis doctoral.

sucedía en las décadas previas, se puede observar en el reglamento de Leganés, un escaso poder atribuido a los facultativos, que se evidenciaba en las funciones encomendadas a otros estamentos de la casa. Por ejemplo, la Junta de Patronos podía *“intervenir la admisión, altas y licencias de los albergados”* o *“variar, cuando lo estime conveniente, la alimentación de los albergados (...) con audiencia del Jefe Facultativo (...)”*⁵⁶⁵.

Si bien, como hemos señalado, en el Reglamento de 1873 se establecían los sueldos de la plantilla⁵⁶⁶, éstos no aparecen regulados en el de 1885. A finales del siglo XIX, los facultativos eran remunerados con un sueldo que variaba desde las 1500 pesetas anuales que recibía el médico auxiliar a las 3000 pesetas anuales con las que se pagaba al médico especialista⁵⁶⁷. No disponemos de datos oficiales sobre las cantidades asignadas a los trabajadores del hospital durante las primeras décadas del siglo XX, si bien, parece que aumentaron en su cuantía hasta, al menos, las 3500 pesetas anuales⁵⁶⁸. A pesar de este pequeño aumento, Salas y Vaca, en 1921, criticaba la exigua retribución tanto de la dirección facultativa como del resto de plantilla médica. En su publicación *“La Reforma de los Manicomios en España”* explicaba cómo el médico residente, Ignacio del Mazo Almazán, sólo cobraba 3000 pesetas anuales y el auxiliar facultativo, tenía un sueldo anual de 1500 pesetas, menos que el capellán, que cobraba *“gracias a la autorización de la Junta de patronos (...), con merma de la consignación de material”*⁵⁶⁹. A esto había que añadir la presencia de un profesor agregado, que no recibía ningún tipo de salario, desconociendo si Enrique Fernández Sanz estaba remunerado con alguna cantidad por su labor como médico consultor del asilo.

Ignacio del Mazo Almazán: de Jefe Facultativo a médico residente

Ignacio del Mazo permaneció en el Manicomio desde el 4 de septiembre de 1883⁵⁷⁰, cuando fue nombrado Jefe Facultativo de la institución, hasta su jubilación cerca de 40 años

⁵⁶⁵ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 5.

⁵⁶⁶ El médico del establecimiento recibía 2000 pesetas anuales, el practicante 875 pesetas anuales y el director del asilo llegaba a las 2500 pesetas anuales. Reglamento orgánico de 1873. Título III. Capítulo IX.

⁵⁶⁷ Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº Interior 1334/26.

⁵⁶⁸ Salas y Vaca, J. (1929), p.41. Posteriormente, durante el periodo republicano los sueldos anuales de los facultativos del Manicomio oscilaron entre 2500 y 4000 pesetas. Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia, p. 111. Tras la contienda se observa un aumento salarial, estando las retribuciones de los facultativos entre las 3500 y 8000 pesetas anuales. Consiglieri Gámez, A. (2013). pp.68-70. No se conocen datos sobre los sueldos de los médicos del Manicomio durante la guerra civil.

⁵⁶⁹ Salas y Vaca, J. (1921a), p.2.

⁵⁷⁰ Viota y Soliva, E. (1896), p.162. Del Mazo, que nació probablemente en 1846, falleció el 19 de diciembre de 1929 a los 83 años de edad. Se puede consultar su esquelita en el diario ABC. (20 de diciembre de 1929), p.43. Su padre era Cipriano del Mazo Gherardi, célebre embajador, senador y diplomático, al que Benito Pérez Galdós llegó a referirse en su obra *Prim* (1906). Véase Espadas Burgos, M y García Alía, J.C. (2006). *Buscando a España en Roma*. Barcelona: CSIC - Lunwerg Editores, p.276. En el expediente

después, a principios de la década de los veinte⁵⁷¹. Fue el único médico de la institución hasta que le sucedió en la jefatura Ramón Ezquerro Baig, momento en que pasó a ser médico residente⁵⁷². Sin duda, este descenso de categoría se debía a que, al contrario que el resto de Jefes Facultativos de la institución, del Mazo no pertenecía al escalafón de la Beneficencia del Estado a pesar de que en el artículo 1º del Reglamento del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia de 1904 se disponía que el servicio médico de los establecimientos de la Beneficencia general se haría por los Profesores del Cuerpo⁵⁷³.

Tras su jubilación y debido a *“su experiencia clínica y estimables conocimientos de estas asistencias”* siguió desempeñando algunas funciones en el manicomio como médico agregado, a solicitud de la Junta de Patronos⁵⁷⁴. Salas y Vaca, en 1921, se quejaba de la escasa retribución de 3000 pesetas anuales que recibía *“al cabo de treinta y cinco años de labor asidua”*⁵⁷⁵, *“luchando, con triunfo contra la falta de medios, y ofreciendo una lúcida estadística de altas por curaciones y supervivencias”*⁵⁷⁶. Los elogios que le profesaba el psiquiatra andaluz contrastan con su propia opinión sobre la función desempeñada al frente del Manicomio Nacional. Pocos años después de llegar a la institución, probablemente sin pericia en el tratamiento de enfermos mentales, del Mazo se describía como *“el menos apto de todos mis compañeros por mi falta de ciencia y de experiencia para el caso, y que por circunstancias especiales me hallo encargado en la actualidad de la dirección facultativa de él”*⁵⁷⁷.

Tan solo cinco años después de llegar a Leganés, el 30 de diciembre de 1888, publicó un artículo en *El Siglo Médico*⁵⁷⁸, en respuesta a las críticas vertidas en el número anterior de este mismo semanario por Ángel Pulido Fernández, en las que el que fuera, una década más tarde, Director General de Sanidad, describía al manicomio como *“una mala casa de locos*

personal del senado del diplomático se puede consultar un oficio redactado por Ignacio del Mazo notificando el fallecimiento de su padre con fecha de 11 de abril de 1904. Véase: http://www.senado.es/cgi-bin/verdocweb?tipo_bd=HI20&PWIndice=7&Signatura=HIS-0279-03&Contenido=16, [consultado el 2 de abril de 2016].

⁵⁷¹ Salas y Vaca, J. (1929), p.24. En el Expediente del ICOMEM de Ignacio del Mazo Almazán se data la fecha de jubilación del mismo en 1921. Disponemos de pocos datos de la actividad profesional de este médico antes de su entrada en el Manicomio. Licenciado en 1875, en abril de 1881 fue nombrado médico segundo del Lazareto sucio de Mahón y, varios meses después, en enero de 1882 recibió el nombramiento de oficial de segunda clase de Valladolid. Véase: *Los Avisos*. (10 de abril de 1881), p.146; *El Día*. (20 de enero de 1882), p.2 y *La Iberia*. (20 de enero de 1882), p. 3. Varios años después de iniciar su labor al frente del manicomio, en 1901, se inscribió en el Colegio de Médicos de Madrid, institución en la que permaneció hasta su jubilación. Consúltese: Expediente colegial de Ignacio del Mazo Almazán. Archivo del ICOMEM.

⁵⁷² Salas y Vaca, J. (1924a), p.19.

⁵⁷³ Salas y Vaca, J. (1929), p.10 y Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, pp. 340-341.

⁵⁷⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p.24.

⁵⁷⁵ Salas y Vaca, J. (1921a), p.2.

⁵⁷⁶ Salas y Vaca, J. (1924a), p.6.

⁵⁷⁷ Mazo, I. (1888). Los Manicomios de España. *Siglo Médico*, 846–847.p.846.

⁵⁷⁸ Ibidem.

*que no se debe mencionar*⁵⁷⁹. En dicho comunicado, el entonces Jefe Facultativo del Manicomio de Leganés, francamente molesto por los calificativos, rechazaba esta afirmación y censuraba el hecho de que se hicieran sin que Pulido conociera la institución, invitándole a visitar el Manicomio para mostrarle que *“encuentran sus asilados tan buenas condiciones de alimentación, de higiene y trato en general como puedan hallarse en cualquiera otro de nuestro país”*⁵⁸⁰. Pulido aceptó el ofrecimiento y, menos de dos semanas después, el 13 de enero de 1889 visitó el establecimiento. Tras esta inspección, publicó sus impresiones en la misma revista donde además de agradecer el trato recibido: *“el Sr. Mazo, los empleados del establecimiento y la Congregación de hermanas son todas personas de extrema cortesía y amabilidad, llanas y expresivas”*, y elogiar la función realizada por el personal en la institución, declaraba que *“efectivamente, nada impresionó desagradablemente a nuestros sentidos; ni odiosas celdas fuertes, ni represiones violentas, ni abundancia de sujeción, ni gritería de agitados (...); nada, en fin, que revelase el menor vestigio de aquella preocupación, todavía palpitante en algún lugar, de que contra el loco se debe emplear la fuerza”*⁵⁸¹.

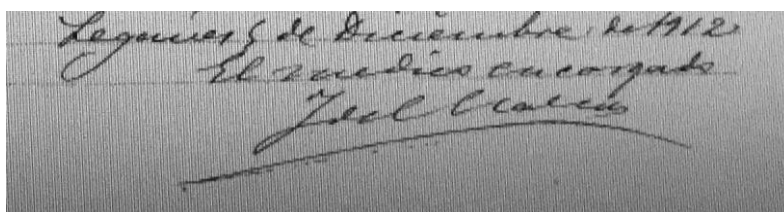


Figura 9. Firma de Ignacio del Mazo Almazán. 5 de diciembre de 1912. Fuente: Historia clínica XX-318. Archivo Histórico del IPSSM.

⁵⁷⁹ Pulido, A. (1888). Barcelona Médica. *Siglo Médico*, 802–803, p.802; García Guerra, D. y Álvarez Antuña, V. (1994). Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902). *Dynamis*, 74, 23–41, p.25 y <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/971-1884-pulido-y-fernandez-angel.html> [consultado el 2 de abril de 2016].

⁵⁸⁰ Mazo, I. (1888). Los Manicomios de España. *Siglo Médico*, 846–847, p. 846.

⁵⁸¹ Pulido, A. (1889). Los Manicomios de España. El de Santa Isabel de Leganés. *Siglo Médico*, 36, 101–102.

Ramón Ezquerro Baig (-1911): un afamado neurólogo

Cuando, a principios del siglo XX, Ramón Ezquerro sustituyó como Jefe Facultativo en el Manicomio a Ignacio del Mazo Almazán, la dotación de clínicos de la institución se equiparó a lo establecido en el Reglamento orgánico de 1885⁵⁸². La muerte prematura, en 1911⁵⁸³, de este médico de formación principalmente neurológica, no le permitió conseguir las reformas y modificaciones que consideraba necesarias en el establecimiento y que había transmitido a los responsables⁵⁸⁴. Ezquerro se había licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Central en enero de 1881 con la calificación de sobresaliente⁵⁸⁵, obteniendo la plaza de alumno interno en dicha facultad tres años antes⁵⁸⁶. En 1886, se le otorgó el título de doctor con el trabajo *Reseña y crítica de los trabajos verificados en el laboratorio sobre la infecciosidad y los microbios de la tuberculosis. Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, enfermedad contagiosa y parasitaria*⁵⁸⁷ (figura 10) y ese mismo año opositó para la cátedra de patología médica de la Universidad de Sevilla⁵⁸⁸, puesto que no parece que lograra conseguir⁵⁸⁹.

⁵⁸² Reglamento orgánico de 1885. Artículo 6º.

⁵⁸³ La enfermedad y posterior fallecimiento de Ezquerro fue motivo de noticias diversas en la prensa de la época. Véase: *ABC*. (22 de marzo de 1911), p.4; *ABC*. (24 de marzo de 1911), p.7; *La Correspondencia militar*. (24 de marzo de 1911), número 10.160, p.3; *El Liberal*. (24 de marzo de 1911), p.1; *El Imparcial*. (25 de marzo de 1911), p.5.

⁵⁸⁴ Salas y Vaca, J. (1929).p.11.

⁵⁸⁵ Expediente académico de Ramón Ezquerro Baig. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades, 1391, 65. En dicha documentación se puede consultar también el expediente académico del Grado de Bachiller que realizó en el Instituto Cardenal Cisneros de Madrid con las calificaciones de aprobado en el primer ejercicio y sobresaliente en el segundo con fecha de 23 de septiembre de 1875.

⁵⁸⁶ *La Correspondencia de España*. (3 de marzo de 1878). Año XXIX, número 7376, p.2.

⁵⁸⁷ Ezquerro Baig, R. (1886). *Reseña y crítica de los trabajos verificados en el laboratorio sobre la infecciosidad y los microbios de la tuberculosis. Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, enfermedad contagiosa y parasitaria*. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya. La tesis doctoral fue leída el 25 de junio de 1886. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/18596/>, [consultado el 5 de abril de 2016].

⁵⁸⁸ Los ejercicios fueron convocados en la propia Facultad de Medicina, establecida en Cádiz, para el 10 de enero de 1887. *La Correspondencia de España*. (25 de diciembre de 1886). Año XXXVII, número 10504, p.3.

⁵⁸⁹ No consta que haya trabajado como profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, entonces sita en la ciudad de Cádiz.

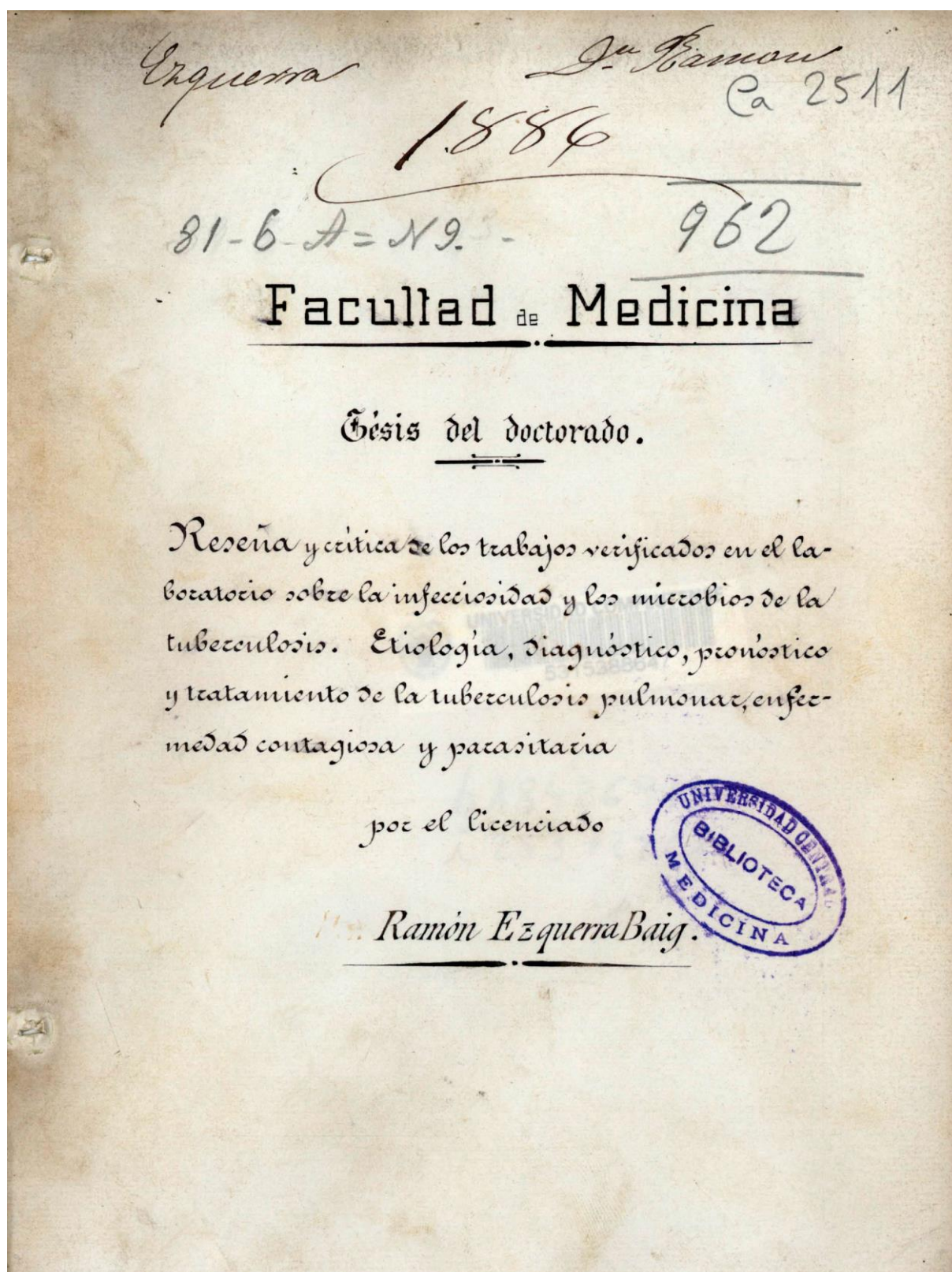


Figura 10. Portada de la tesis doctoral de Ramón Ezquerro Baig, 1886. Fuente: <http://eprints.ucm.es/18596/>, [consultado el 5 de abril de 2016]

Entre sus labores asistenciales destacan la de médico de número del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General⁵⁹⁰, médico de la Asociación de Prensa⁵⁹¹ y médico “especialista en enfermedades nerviosas y electroterapia” en el Hospital de la Princesa desde 1884⁵⁹², actividad que simultaneó con la de Jefe Facultativo del Manicomio de Leganés⁵⁹³.

Además de la atención a pacientes de la alta clase social madrileña⁵⁹⁴, Ezquerro participó en la difusión y promoción de los saberes frenopáticos formando parte del equipo de redacción de la *Revista clínica de los Hospitales*⁵⁹⁵, dirigida por José María Esquerro. El director de Leganés también impartió conferencias sobre enfermedades mentales como la demencia precoz⁵⁹⁶, y fue nombrado bibliotecario de la Academia Médico Quirúrgica española⁵⁹⁷. En 1899 se colegió en el Colegio de Médicos de la provincia de Madrid, solicitando, en el mismo momento, pertenecer a la Sección de Concordia del mismo, creada para paliar la situación económica de los familiares de los médicos suscritos voluntariamente a la misma⁵⁹⁸.

⁵⁹⁰ *La Correspondencia de España*. (8 de noviembre de 1888). Año XXXIX, número 11180, p.3; *Diario oficial de avisos de Madrid*. (4 de febrero de 1889), p.3; *El Heraldo de Madrid*. (25 de agosto de 1902), p.1. Ezquerro obtuvo la plaza de médico en el Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General en febrero de 1884, en los primeros ejercicios de oposición a dicho escalafón desde que terminó la licenciatura y cinco meses más tarde, el 1 de agosto del mismo año, comenzaría a trabajar en el Hospital de la Princesa. En el Reglamento Orgánico del Cuerpo Facultativo de Beneficencia General de 1885 se establecía que éste estaba compuesto por 16 profesores, los nueve primeros del escalafón eran Profesores de número y los nueve restantes supernumerarios. Consúltense: Real orden nombrando el Tribunal de censura de las oposiciones a cinco plazas de Médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general. (2 de febrero de 1884). *Gaceta de Madrid*, 33, p.327; Tribunal de oposiciones a las plazas vacantes de Médicos del cuerpo facultativo de Beneficencia general. (10 de febrero de 1884). *Gaceta de Madrid*, 41, p. 403 y Real decreto aprobando el reglamento orgánico del cuerpo facultativo de Beneficencia general. (3 de enero de 1885). *Gaceta de Madrid*, 3, pp. 13-14.

⁵⁹¹ La Asociación de la Prensa de Madrid fue fundada el 31 de mayo de 1895 en la Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País, por 173 periodistas, entre ellos todos los directores de los periódicos del momento y prestigiosos periodistas de aquellos años. Su primer presidente fue Miguel Moya, el director de *El Liberal*. A los cinco meses de su fundación, se creó su primer servicio asistencial, el servicio de médico y farmacia, con la colaboración de seis doctores y cuatro farmacias, que inmediatamente comenzaron a prestar auxilio gratuito a los más de doscientos periodistas que componían en aquellos momentos la entidad. Con el paso del tiempo, la atención médica se convirtió en la auténtica espina dorsal de la institución y en su servicio de mayor prestigio. Tomado de: <http://www.apmadrid.es/apm/historia/historia-de-la-apm-1896-1918> [consultado el 6 de abril de 1916]. Véase también: *La Vanguardia*. (1 de junio de 1895), p.3.

⁵⁹² Expediente colegial de Ramón Ezquerro Baig. Archivo del ICOMEM. En la consulta pública de dicho hospital, Ezquerro atendió durante el mes de octubre de 1888 a un total de 35 pacientes que recibieron 144 asistencias. Véase: *La Correspondencia de España*. (8 de noviembre de 1888). Año XXXIX, número 11180, p.3. El año siguiente el volumen de asistencias se mantenía sin cambios relevantes. *Diario oficial de avisos de Madrid*. (4 de febrero de 1889), p.3.

⁵⁹³ *La Correspondencia de España*. (4 de julio de 1910). Año LXI, número 19136, p.6.

⁵⁹⁴ *El Liberal*. (24 de marzo de 1911), p.1. Las actividades lúdicas de Ramón Ezquerro no pasaron desapercibidas para la prensa que anunciaba sus destinos turísticos como La Coruña o Bagneres de Luchón, en los pirineos franceses. Véase: *La Época*. (20 de agosto de 1901), número 18.388, p.3; *La Correspondencia de España*. (20 de agosto de 1901). Año LII, número 15902, p.2 y *El Noroeste*. (29 de septiembre de 1902). Año VII, número 1955, p.1.

⁵⁹⁵ *El País*. (21 de octubre de 1888), p.2. La *Revista clínica de los Hospitales*, fundada en 1888, se encargó principalmente de hacer una recopilación del movimiento clínico de los hospitales españoles. El primer número apareció en 1889 y se mantuvo hasta 1891, momento en que fue suspendida su publicación, al parecer por dificultades económicas. Véase: Rey González, A. (1983). Clásicos de la Psiquiatría española del siglo XIX: José María Esquerro y Zaragoza (1842-1912). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(7), 103-115, p. 107.

⁵⁹⁶ En 1906, un año después de su llegada a Leganés, impartió una lección sobre la demencia precoz en el Hospital de la Princesa. Véase: Fernández Sanz, E. (1907a). Clasificación de las enfermedades mentales. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52 – 65, p.61

⁵⁹⁷ *La Correspondencia de España*. (4 de diciembre de 1890), número 11.93, p.4; *Guía oficial de España* (1892), p.711. La Academia Médico Quirúrgica española quedó definitivamente constituida el 15 de enero de 1891. Dos décadas más tarde, en 1913, se inició la publicación de sus *Anales* con el objetivo de recoger la labor científica desarrollada en cada curso, ponencias presentadas y discusiones sobre las mismas...etc... Véase: *ABC*. (17 de diciembre de 1944), p.11.

⁵⁹⁸ A pesar de su cometido, no parece que la sección fuera muy popular entre los colegiados tal y como se puede ver en la Circular de esta Sección en la que se informaba del abono a la viuda de Ezquerro de 696 pesetas tras su fallecimiento: “Es de grandísimo interés fomentar el ingreso de socios en esta sección en beneficio de las viudas y huérfanos de nuestros compañeros y a este fin

Ya entrado el siglo XX fue nombrado vocal del tribunal de las oposiciones para la plaza de Médico provincial de Beneficencia en Palencia convocadas en 1905⁵⁹⁹. Varios años más tarde, siendo Jefe Facultativo de Leganés, en 1910, se le designó constituyente del Comité de Organización español para el II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales que se celebraría en Bruselas, entre el 10 y el 14 de septiembre de ese mismo año⁶⁰⁰.

Salas y Vaca expuso de forma reiterada su admiración por Ezquerra al que propuso, ante la Jefatura del Cuerpo de la Beneficencia General, Juan Manuel Mariani Larrión (1853-1909)⁶⁰¹, para desempeñar el cargo de Jefe Facultativo en el manicomio de Leganés⁶⁰². La labor desarrollada por Ezquerra contó también, tal y como exponía Salas, con la aprobación de los responsables de la institución, a diferencia de lo ocurrido con Simarro. Así, en 1906, solicitó y obtuvo del Ministro de la Gobernación una Real Orden en la que se disponía que, el entonces Jefe Facultativo de la Casa de Santa Isabel, ayudado por el arquitecto de la Beneficencia General, hiciera un proyecto de Manicomio *“con arreglo a las exigencias modernas, tomando como base y modelo los del extranjero, especialmente los de Alemania”*, cuya construcción estaba prevista en Vista Alegre (Madrid)⁶⁰³.

Las acusaciones de arbitrariedad a Ezquerra en la prensa

Durante los años que Ramón Ezquerra trabajó en el Manicomio, se publicaron diversas noticias en la prensa de la época acerca de pacientes que estaban ingresados o habían sido internados en la institución. En abril de 1908, se divulgaron varios reportajes en los diarios *El Globo*, *El Imparcial* y *El Liberal*, a propósito de una denuncia por la reclusión ilegal de un paciente en el manicomio, internamiento que, según la prensa, había sido realizado a instancias de su mujer y sin encontrarse en estado de demencia. Se añadía que el asilado

recomiendo a Ud. con todo encarecimiento la propaganda para el ingreso de nuevos socios advirtiéndole que pueden serlo cuantos colegiados lo deseen”. Expediente colegial de Ramón Ezquerra Baig. Archivo del ICOMEM y Albarracín Teulón, A. (2000). *Historia del Colegio de Médicos de Madrid*. Madrid: ICOMEM, p.26.

⁵⁹⁹ Real orden disponiendo que las oposiciones para el concurso y provisión de una plaza de Médico provincial de Beneficencia en Palencia tengan lugar en la primera quincena de noviembre próximo, y nombrando el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de oposición. (12 de septiembre de 1905). *Gaceta de Madrid*, 255, p. 965; *Boletín oficial de la provincia de Cáceres*. (22 de septiembre de 1905), número 151, p.2.

⁶⁰⁰ *La Correspondencia de España*. (4 de julio de 1910). Año LXI, número 19136, p.6.

⁶⁰¹ Juan Manuel Mariani Larrión desempeñó, entre otros cargos, el de vicepresidente de la Academia Médico Quirúrgica, redactor de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* y académico en la Real Academia Nacional de Medicina desde 1892. Tomado de <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-antiores/1056-1892-mariani-larrión-juan-manuel.html> [consultado el 6 de abril de 2016].

⁶⁰² Salas y Vaca, J. (1929), pp.10-11. En 1905, le dedicó su trabajo Salas y Vaca, J. (1905a). Consideraciones sobre un caso de psicopatía sífilítica. *Revista de especialidades médicas*, 201-207.

⁶⁰³ Real orden disponiendo se encargue al Jefe Facultativo del Manicomio de Leganés y al Arquitecto de la Beneficencia general que practiquen el estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas. (1 de noviembre de 1906). *Gaceta de Madrid*, 305, p. 449.

disponía de *“una fortuna de cuarenta o cincuenta mil duros que había sido retirada después de su reclusión”*⁶⁰⁴. *El Imparcial*, haciéndose eco de la misma información, apuntaba que el internamiento indebido se había realizado *“so pretexto de un dictamen facultativo secreto, que, como consiguiente, no tiene igual trascendencia a la del expediente judicial que en casos semejantes debe practicarse”*, manifestando que no se había tramitado el expediente judicial necesario para el internamiento del paciente⁶⁰⁵.

Dicho interno, platero de profesión, había ingresado en el Manicomio de Leganés, en categoría de beneficencia -si bien un mes después de la hospitalización se cambió a pensionista de segunda clase y, en octubre de 1907, volvería a la categoría de pobre- el 20 de junio de 1907 a la edad de 53 años. El ingreso se realizó por orden de la Dirección General de Beneficencia y a instancias de su esposa⁶⁰⁶. A su llegada a la institución fue diagnosticado de “arteriosclerosis”, “hemiplejia izquierda” y “delirio de interpretación” y, en la anotación clínica realizada en la hoja de entrada y de vicisitudes, se apuntó un “estado ligeramente demencial”⁶⁰⁷.

Sin duda, este acontecimiento mediático motivó que Ramón Ezquerra dirigiera una carta a *El Imparcial* (figura 11), publicada al día siguiente, explicando que el paciente había ingresado *“por orden de la Dirección General de la Administración local después de expediente en que constaron el informe de dos médicos, del subdelegado de medicina y del alcalde de barrio (...) que ingresó hace diez meses y según la ley vigente no hay necesidad de incoar el expediente judicial hasta transcurrido un año de periodo de observación”* y, por último, señalaba que *“la opinión de dos médicos y del subdelegado de medicina que certificaron, y la mía personal, están conformes en la conveniencia pública de tener sometido a observación en el manicomio”* a dicho paciente⁶⁰⁸. Ese mismo día se divulgaba en *El liberal* una carta redactada por la mujer del paciente justificando la legalidad del internamiento de su marido, el cual, a su juicio, estaba “desgraciadamente enfermo desde 1904” (figura 12)⁶⁰⁹.

⁶⁰⁴ *El Globo*. (29 de abril de 1908), número 11.713, p.3.

⁶⁰⁵ *El Imparcial*. (29 de abril de 1908), p.2.

⁶⁰⁶ Como veremos en el capítulo IV de esta tesis, la mayoría de los ingresos producidos en nuestro periodo de estudio se tramitaron a instancias de los familiares de los pacientes.

⁶⁰⁷ Historia clínica XX-202. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁰⁸ *El Imparcial*. (30 de abril de 1908), p.1

⁶⁰⁹ *El Liberal*. (30 de abril de 1908), p.3. En esta noticia también se enumeraban las razones argumentadas por Ezquerra a propósito de la legalidad del internamiento.

FOLLETÍN JUDICIAL

DENUNCIA DE SECUESTRO

En el juzgado del Hospicio fué presentada ayer tarde una denuncia que por los términos en que está formulada y por la calidad de las personas interesadas en ella puede tener importantes y sensacionales derivaciones.

Según se dice de público, en el escrito se denuncia la reclusión de D. [redacted] sacristán en el Manicomio de Leganés, so pretexto de un dictamen facultativo secreto, que, como es consiguiente, no tiene igual trascendencia á la del expediente judicial que en casos semejantes debe practicarse, y con el intento, por parte de su familia, de que con sus indiscreciones no propalara el medio que empleó para adquirir un cuantioso capital.

Parece que el Sr. [redacted] logró en poco tiempo y sin ningún trabajo su fortuna, que, según asegura el documento presentado ayer en el juzgado, está al presente muy mermada, hasta el extremo de que buena parte de ella ha sido depositada á nombre de una hija de dicho señor, y la esposa de D. [redacted] muy dada al despilfarro y á grandezas—sigue la referencia de la denuncia,—puso coche y pretendió que su hija se casara con un hombre de posición, aun á costa de recluir á en un manicomio para ocultar la procedencia del dinero.

Y ocurrió, que la muchacha se puso en relaciones con un joven distinguido y que madre é hija asistían á los paseos y teatros más concurridos de la corte, mientras D. [redacted] tenía que pasar por loco á pesar de ser hombre perfectamente cuerdo.

La denuncia está fundada en que no se ha formado el expediente necesario para la reclusión y ha sido dirigida contra la esposa del Sr. [redacted] y contra el director del establecimiento correccional.

El juez ante quien se ha presentado la denuncia, ha suspendido toda diligencia mientras no se examine al enfermo.

Para esto han sido nombrados los médicos Sres. Gereda y Canseco que, en unión del forense Sr. Segarra, presentarán el correspondiente dictamen.

Figura 11. Noticia de prensa a propósito del paciente con historia clínica XX-202 del Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Fuente: *El Imparcial* (29 de abril de 1908), p. 2

EL CASO DE D. [redacted]

La esposa

Sr. Director de EL LIBERAL.

Muy distinguido señor mío: Acudo á usted, confiada en su cortesía, para rogarle la rectificación de los hechos de la denuncia que acoge el artículo de EL LIBERAL bajo el título «¡Loco á la fuerza!»

Mi esposo, desgraciadamente enfermo desde 1904, ha sido sometido á observación en el Manicomio de Leganés en virtud de expediente legal, en el que consta el certificado de dos médicos, visado por el subdelegado de Medicina é informado por el alcalde de barrio; expediente que incoé por consejo de las autoridades, é las que, en tristes y repetidas ocasiones, hube de acudir, por las repetidas pruebas que mi esposo daba de su enfermedad.

Nada me importa la denuncia, cuya falsedad demostrarán las diligencias del juzgado, en cuya imparcialidad espero tranquila. Lo triste es que, no admitida aún, haya sido causa de que se lanzaran á la publicidad, maliciosamente y sin defensa, los nombres de unas mujeres bien halladas con su digno recogimiento; que se hayan hecho gravísimas y calumniosas afirmaciones sobre la fortuna del pobre demente, y se haya forjado una novela de fausto y desorden en torno de un hogar abatido por la desgracia.

Suplico á usted la inserción de esta carta, y apelo á su caballerosidad para que suspenda todo juicio mientras el juzgado no resuelva.

Le anticipo las gracias, y quedo de usted afín. a. s. q. b. s. m.

El doctor Ezquerro

El jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés nos pide en atenta carta que insertemos estas aclaraciones:

1.º D. [redacted] ingresó en el Manicomio de Leganés por orden de la Dirección general de Administración local, después de expediente en el que constaron el informe de dos médicos, del subdelegado de Medicina y del alcalde de barrio.

2.º Que D. [redacted] ingresó hace diez meses en el Manicomio y, según la ley vigente, no hay necesidad de incoar el expediente judicial hasta transcurrido un año de periodo de observación.

3.º Que la opinión de los dos médicos y del subdelegado de Medicina, que certificaron, y la mía personal, están conformes en la conveniencia pública de tener sometido á observación en el Manicomio á D. [redacted]

Queda complacido el Sr. Ezquerro en la parte que con él se relaciona, y eso que para nada se le había mencionado en estas columnas.

Del resto de la cuestión, ya hablará el juzgado.

Figura 12. Noticia de prensa a propósito del paciente con historia clínica XX-202 del Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Fuente: *El Liberal* (30 de abril de 1908), p. 3

El delirante permaneció poco tiempo ingresado en la institución, ya que tres meses después de la difusión del caso por la prensa, en julio de 1908, fue dado de alta y trasladado por orden judicial al Hospital Provincial⁶¹⁰, de donde saldría definitivamente en octubre de 1908, según *El Liberal*, estando curado⁶¹¹. En la historia clínica del paciente hay trece anotaciones evolutivas, cifra significativamente mayor que la media registrada para el total de expedientes clínicos, sin duda debido al despliegue mediático⁶¹². Así mismo, se ha registrado la presencia de un dictamen facultativo muy extenso y detallado del paciente que Ramón Ezquerro dirigió en junio de 1908 al Director General de la Administración *“obligado moralmente a velar por el justo crédito del Manicomio Nacional de Sta. Isabel de Leganés”* (Anexo 3)⁶¹³.

Cuatro años más tarde, ya fallecido Ezquerro, otra noticia sobre un dudoso internamiento era publicada el 15 de febrero de 1912 en el *Heraldo de Madrid* (figura 13). En dicho diario se señalaba la presencia de un paciente alcohólico *“que por efecto de sus borracheras se le recluyó en el Manicomio pero que en los nueve años que lleva recluido no se ha objetivado síntomas de enajenación mental”*. Así mismo, se decía que la mujer del paciente había utilizado un certificado expedido por Ezquerro, en el que el neuropsiquiatra diagnosticaba al dipsómano como *“incurable”*⁶¹⁴, para solicitar judicialmente la incapacidad de su marido a pesar de que otros médicos del manicomio, Salas y Vaca, Ignacio del Mazo y Antonio Yunta sostenían que el paciente había sido *“un alcohólico; pero que no es un loco”*⁶¹⁵. Tres días después, el 18 de febrero de 1912, el hijo de Ezquerro, dirigió un comunicado a dicho diario, explicando que en el momento en que el director de Leganés accedió a la institución ya se encontraba ingresado este paciente y *“que si, en efecto, expidió el certificado que obra en autos (...) fue porque, a instancia de parte, se solicitó”*⁶¹⁶ (figura 14).

Se trataba de un carpintero, ingresado en el manicomio el 11 de mayo de 1900 a los 52 años de edad, a instancias de su esposa, en calidad de pobre y procedente de su domicilio. A su entrada en la institución fue diagnosticado de alcoholismo y dipsomanía y, en la anotación de ingreso se especificaba su *“constante estado de embriaguez”*. En septiembre de 1911, once años después de su ingreso, se propuso el alta por parte de Salas y Vaca, el entonces

⁶¹⁰ Este paciente es el único de todas las historias analizadas que fue trasladado al alta al Hospital Provincial.

⁶¹¹ *El Liberal*. (31 de octubre de 1908), p. 1. En esta noticia titulada “Un loco cuerdo” se anuncia el alta del paciente del Hospital Provincial con fecha de 30 de octubre de 1908 *“por haberse demostrado que goza de perfecto estado mental”*.

⁶¹² Como ya hemos apuntado previamente, el número medio de registros evolutivos es de 6,26, bastante escaso si tenemos en cuenta que la estancia media rondaba los 8 años (7.94), es decir no se escribía ni siquiera una vez al año.

⁶¹³ Historia clínica XX-202. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶¹⁴ Tal certificado se encuentra en la Historia clínica XX-11. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶¹⁵ *El Heraldo de Madrid*. (15 de febrero de 1912), p.3.

⁶¹⁶ *El Heraldo de Madrid*. (18 de febrero de 1912), p.2.

Jefe Facultativo. La mujer del mismo se mostró en completo desacuerdo llegando a dirigir numerosas misivas a los administrativos del manicomio negándose al alta del paciente y, en algunas de ellas, amenazando con las posibles consecuencias de la salida del mismo de la institución. Finalmente, el 28 de febrero de 1912 se tramitó el expediente de reclusión definitiva del dipsómano, que permaneció en la institución hasta su fallecimiento en 1921, por un derrame seroso cerebral⁶¹⁷. Las resistencias de los familiares a la tramitación del alta de pacientes también se han documentado en el Manicomio de Sant Boi, cuyo director, en 1920 recibió una misiva de contenido amenazante de un familiar ante la salida de su hermano, recluso en la institución catalana⁶¹⁸. Estos casos ilustran la importancia que tenían las familias en la decisión y el curso del internamiento psiquiátrico de los pacientes⁶¹⁹.

⁶¹⁷ Historia clínica XX-11. Archivo Histórico IPSSM José Germain. En la historia clínica se conserva un recorte de periódico con la noticia publicada por el Heraldo de Madrid el 18 de febrero de 1912.

⁶¹⁸ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, p. 142.

⁶¹⁹ El poder que las familias ejercían para institucionalizar a los pacientes se ha descrito en otros países como Francia. Se puede consultar: Prestwich, P. E. (1994). Family strategies and medical power: "voluntary" committal in Parisian asylum, 1876-1914. *Journal of Social History*, 27 (4), 799-818. Para esta misma cuestión en México, véase: Sacristán, C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico. *Frenia*, 2(2), 61-80. Sobre el asilo medicalizado y la capacidad de control social se puede consultar: McGovern, C. (1986). The myths of social control and custodial oppression: patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions. *Journal of Social History*, 20(1), 3-23.

no está loco.

está en el manicomio hace nueve años; era un alcohólico, y por efecto de sus borracheras se le recluyó; pero en todo el tiempo que está en el manicomio no ha tenido síntomas de enajenación mental.

me dijo:

—A mi mujer le estorbo; ella se divierte como puedo, y si yo salgo cree ella que se lo voy a impedir; pero no, yo no la veré, ¡la desprecia!... Tenemos un pedazo de tierra, una casita, algunos animales...

Los Dres. Salas, del Mazo y Junta me han asegurado que **no es un loco.**

El Dr. Ezquerro, jefe facultativo que fué del manicomio nacional, expidió un certificado que la mujer de **utilizó para pedir judicialmente la incapacidad de su marido; el expediente se está tramitando, y la capacidad de depende de la determinación del juez que incoa el expediente; los Dres. Salas, del Mazo y Junta me aseguraron que:**

— **no está loco; su conducta es muy buena, es un buen trabajador.**

Ahora el juez, el ministro, los médicos y la opinión tienen la palabra.

Yo he hablado con **y aseguro que se expresa perfectamente.**

¿Debe incapacitarse un hombre cuando hay tres facultativos que le observan, dos desde hace nueve años, y otro, jefe facultativo del manicomio hace uno, y los tres aseguran que **no está loco?**

Figura 13. Noticia sobre el paciente correspondiente a la historia clínica XX-11. Archivo del IPSSM José Germain. Fuente: *El Heraldo de Madrid*. (15 de febrero de 1912), p.3

El caso de

Don Ramón Ezquerro, hijo del ilustre doctor Ezquerro, nos ha visitado para manifestarnos, en nombre de su familia, que cuando su difunto padre fué nombrado director del manicomio de Leganés ya estaba recluido en él **que lleva nueve años allí, y el Dr. Ezquerro sólo hace cinco años que fué nombrado director de aquel establecimiento, y que si, en efecto, expidió el certificado que obra en autos sobre el estado de fué porque, á instancia de parte, se solicitó.**

Con mucho gusto hacemos esta manifestación, que corrobora la rectitud y buena fe que distinguieron en todos sus actos al caballeroso Dr. Ezquerro, y nos complacemos en hacerlo constar así.

También nos ha visitado la esposa de **que ha prometido traernos algunos documentos que posee, con los que se demuestra que en el manicomio se ha querido va dar de alta al alcohólico. La esposa de protesta de la imputación que se le hace y asegura que su marido ha querido matarla varias veces y la pegaba hasta extenuarla.**

Figura 14. Noticia sobre el paciente correspondiente a la historia clínica XX-11. Archivo del IPSSM José Germain. Fuente: *El Heraldo de Madrid*. (18 de febrero de 1912), p.2

Por último, el 10 de agosto de 1908, se publicó una noticia en *El Imparcial*, sobre un antiguo paciente del manicomio que se había presentado en la Puerta del Sol madrileña proclamando injurias contra el Rey, el Gobierno, el Ejército y otras instituciones, provocando la suspensión de la circulación de coches y tranvías⁶²⁰. Se trataba de un sargento, dado de alta del manicomio un año antes tras permanecer institucionalizado desde el 17 de junio de 1906, momento en que ingresó por orden judicial, procedente del Hospital Militar y diagnosticado de “paranoia con delirio sistematizado”. El alta de este paranoide había sido ordenada por el Juez de la Capitanía General que emitió un comunicado al Director del Manicomio disponiendo que se entregara el paciente a su padre⁶²¹.

Antonio Yunta Carrascosa: médico auxiliar del Manicomio

Si bien desconocemos con exactitud la fecha en la que Antonio Yunta Carrascosa se incorporó al Manicomio, es muy probable que ésta se produjera a finales de siglo XIX o principios del XX. Yunta, que desempeñó desde 1897 el cargo de médico titular del municipio de Leganés⁶²², fue el facultativo auxiliar del manicomio y, estuvo trabajando en la institución hasta su fallecimiento a principios de la década de los veinte⁶²³. A su llegada al establecimiento su presencia en el mismo no era permanente y, seguramente simultaneaba el cargo con el de médico de la población de Leganés, como ya había ocurrido con José María Miranda en el momento de la inauguración del establecimiento. Con el paso de los años, y coincidiendo con la jefatura de Salas y Vaca, la situación cambió y Yunta pasó a formar parte estable en la plantilla facultativa⁶²⁴, cuestión se quedó reflejada en la elaboración de las historias clínicas.

⁶²⁰ *El Imparcial*. (10 de agosto de 1908), p.5.

⁶²¹ Historia clínica XX-185. Archivo histórico del IPSSM José Germain. En la historia se conserva un recorte del periódico *El Imparcial* con la noticia del caso. Dado que dicha noticia es posterior al alta, se debió adjuntar a la historia estando ya el paciente fuera de la institución.

⁶²² Expediente colegial de Antonio Yunta Carrascosa. Archivo del ICOMEM. A finales del siglo XIX, Leganés contaba con dos plazas de médicos titulares que estaban ocupadas por Antonio Yunta Carrascosa y Eduardo Gómez. Es posible que éste último fuera el facultativo que había desempeñado la labor de jefe facultativo en el Manicomio, Eduardo Gómez Navarrés, en sendos periodos comprendidos entre el 12 de junio de 1874 y el 30 de septiembre de 1877 y entre el 30 de septiembre de 1879 y el 15 de septiembre de 1883, momento en que le sucedió en el cargo Ignacio del Mazo Almazán. Viota y Soliva, E. (1896), pp.173-174.

⁶²³ Desconocemos la fecha exacta de su muerte, si bien ésta debió ser a principios de la década de los años veinte ya que Salas le menciona como parte de la plantilla médica de la institución en su artículo *La Reforma de los Manicomios en España*, editado en 1921 y, en su expediente del Colegio de médicos se halla una carta que se le dirigió devuelta a fecha de 18 de junio de 1925 por estar éste médico fallecido. Salas y Vaca, J. (1929), p.24; Salas y Vaca, J. (1921a), p.2; Expediente colegial de Antonio Yunta Carrascosa. Archivo del ICOMEM.

⁶²⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p.24.

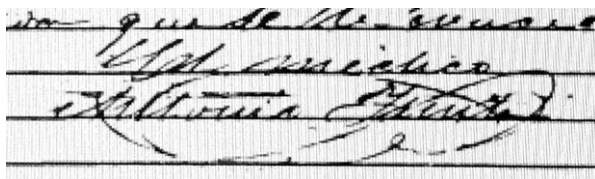


Figura 15. Firma de Antonio Yunta Carrascosa. Fuente: Historia clínica XX-47. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Este médico, nacido en Bembibre (León), el 26 de febrero de 1850, se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad Central de Madrid en el año 1871 con la calificación de aprobado en los dos ejercicios (Anexo 4)⁶²⁵. No disponemos de muchos datos acerca de su actividad profesional antes de incorporarse a Leganés, salvo que desempeñó el cargo de médico en Lupiana (Guadalajara) entre 1885 y 1895⁶²⁶. Es probable que alrededor de esta última fecha trasladara su domicilio al municipio de Leganés, donde, además de trabajar como médico titular y como facultativo auxiliar en el manicomio, formó parte de la Comisión de la Asociación de la Cruz Roja en Leganés, de la que fue inspector, al menos en el año 1898⁶²⁷. Salas y Vaca, en 1921, criticaba la exigua remuneración que recibía, la cual sólo ascendía a la cuantía de 1500 pesetas anuales. Añadía que esta gratificación era posible gracias a la autorización de la *"Junta de Patronos y a la tolerancia administrativa"* debido a que se realizaba con el presupuesto asignado al material del manicomio⁶²⁸.

Por su parte, Salas y Vaca, Jefe Facultativo de Leganés desde 1911 hasta el nombramiento de Enrique Fernández Sanz a finales de los años veinte, ocupó la vacante de Ramón Ezquerro Baig tras su fallecimiento. Este neuropsiquiatra andaluz, perteneció a ese colectivo de médicos que conjugaban conocimientos en neurología y enfermedades mentales que, en las primeras décadas del siglo XX, adquirió una especial preponderancia⁶²⁹. A lo largo de su trayectoria profesional publicó numerosos trabajos tanto en libros impresos como en revistas de ámbito nacional y, además de interesarse por las enfermedades mentales, dedicó

⁶²⁵ Cinco años antes, en 1864 terminó los estudios de Bachillerato en el Instituto San Isidro de Madrid. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 1757, 15.

⁶²⁶ *Boletín oficial de la Provincia de Guadalajara*. (13 de febrero de 1885), número 95, p.1; *Boletín Oficial de la Provincia de Guadalajara*. (16 de enero de 1895), número 7, p.9; *Boletín Oficial de la Provincia de Guadalajara*. (1 de julio de 1885), número 157, p.6.

⁶²⁷ La asamblea de la Sección Española de la Cruz Roja, en reunión del 11 de marzo de 1898, acordó aprobar el acta en que se declaró constituida la Comisión de la Cruz Roja en Leganés. En el momento de su puesta en marcha contaba con 60 socios de número, "12 activos necesarios" y unos 30 hermanos de la caridad. Véase: *La crónica de los Carabancheles*. (25 de marzo de 1898), p.2; *El Liberal*. (24 de marzo de 1898), p.2. El Tesorero de la misma sería Eduardo Viota y Soliva, a su vez administrador depositario de Leganés desde el 14 de mayo de 1884. Viota y Soliva, E. (1896).p.9

⁶²⁸ Salas y Vaca, J. (1921a), p.2. El salario del médico auxiliar en la década de los XX era el mismo que tenían asignados estos facultativos a finales del siglo XIX. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº Interior 1334/26.

⁶²⁹ Gran parte de estos mentalistas, como eran denominados en muchas ocasiones, se constituyeron como un grupo de neuropsiquiatras con formación neurobiológica denominado generación de Archivos, en referencia a la revista *Archivos de Neurobiología*. Lázaro, J. (1997). La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936. *Archivos de Neurobiología, Suplemento 1*, V-XIX.

parte de sus publicaciones al abordaje de las reformas necesarias en los manicomios españoles⁶³⁰, concretamente a las realizadas en Leganés durante su desempeño como Jefe Facultativo⁶³¹. El estudio de su figura, de especial relevancia en el desarrollo del Manicomio como institución a lo largo del primer tercio del siglo XX, se realiza, por su interés, en el capítulo III de esta tesis⁶³².

Aurelio Mendiguchía Carriche (1894-1965): médico titular de Leganés y neuropsiquiatra

Mendiguchía estuvo vinculado al Manicomio de Leganés durante más de 40 años⁶³³. Realizó la licenciatura en Medicina y Cirugía entre los años 1910 y 1916⁶³⁴, momento en que obtuvo el grado de licenciado con la calificación de sobresaliente (Anexo 5)⁶³⁵. Se incorporó al Manicomio Nacional, como médico residente, en la década de los veinte tras el fallecimiento de Antonio Yunta⁶³⁶ y permaneció en la institución, probablemente hasta su jubilación, en la década de los años sesenta⁶³⁷. Este largo recorrido profesional ligado al Manicomio Nacional le permitió compartir tarea con varios Jefes Facultativos como Ignacio del Mazo, José Salas y Vaca, Enrique Fernández Sanz o Manuel Peraita, a los que décadas más tarde agradecería la orientación y guía en *“su afición en los estudios psiquiátricos”*⁶³⁸.

⁶³⁰ Salas y Vaca, J. (1924a) y Salas y Vaca, J. (1921a).

⁶³¹ Salas y Vaca, J. (1929).

⁶³² Se pueden consultar los siguientes trabajos que constituyen un primer acercamiento a la figura, obra y a la labor desarrollada en el establecimiento por Salas y Vaca: Candela, R., Villasante, O. (2013). Degeneracionismo y “escritura” en el manicomio de Leganés. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 301-310). Madrid: AEN; Villasante y O. Candela, R. (2014a). El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En S. Brigidi y J. M. Comelles (eds.) (pp.67-85). *Locuras, cultura e historia*. Tarragona: Publicacions URV.

⁶³³ Aurelio Mendiguchía Carriche nació en Madrid el 11 de febrero de 1894 y falleció en esta misma ciudad el 15 de julio de 1965 por “neoformación intestinal y colapso circulatorio”. Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM.

⁶³⁴ Siete años antes, en junio de 1909, obtuvo el título de bachiller en el Instituto General y Técnico de San Isidro, en Madrid, con la calificación de sobresaliente tanto en el primer como en el segundo ejercicio. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 7285, 63 y Expediente de alumno. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M447, 1.

⁶³⁵ Expediente de alumno de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M447, 1.

⁶³⁶ Salas y Vaca, J. (1929), p24.

⁶³⁷ Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM.

⁶³⁸ Mendiguchía Carriche, A. (1955), p.944.



Figura 16. Foto de Aurelio Mendiguchía Carriche. Fuente: Expediente de alumno de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-447, 1

A lo largo de su trayectoria laboral, además de facultativo en Santa Isabel, fue médico titular en el municipio de Leganés⁶³⁹, facultativo de la Asociación de Protección Médico-Farmacéutica desde mayo de 1929 y desempeñó de manera particular la práctica de la medicina en la especialidad de “Medicina Interna-Psiquiatría”⁶⁴⁰. Así mismo, compatibilizó su actividad en el manicomio con el puesto de alcalde del municipio de Leganés⁶⁴¹, al igual que otros facultativos del mismo como Antonio Martín-Vegué, al que dedicaremos unas líneas más adelante, y José María Moreno Rubio⁶⁴². Fue un hombre probablemente con una escasa vinculación política hasta el estallido de la guerra, no habiendo pertenecido a ningún partido o sindicato hasta que se afilió, a partir de mayo de 1937, a Falange Española Tradicionalista y a la JONS. Al igual que otros muchos médicos, terminada la contienda, fue

⁶³⁹ Maroto García, M. (2010). *Leganés 1936-1939 (II). De la sumisión a la amnistía*, p.6. Disponible en: <http://www.ciudadanosporelcambio.com> [consultado el 8 de abril de 2016]. En 1922, en el desempeño de este cargo participó en las labores de asistencia a los heridos tras un descarrilamiento de un tren en las inmediaciones de Leganés. Véase: *El Siglo futuro*. (18 de abril de 1922). Número 4.612, p.3.

⁶⁴⁰ El horario de consulta era de 4 a 6 horas. En relación a su práctica profesional por libre, el 7 de enero de 1962, Mendiguchía dirigía un escrito a los Comisionados de Evaluación del Colegio de Médicos de Madrid solicitando que rectificaran la cantidad de 80000 pesetas que le habían adjudicado por ingresos profesionales libres “*que nunca he obtenido particularmente, ya que mi puesto oficial de médico residente del Manicomio de Santa Isabel de Leganés y el Seguro obligatorio de enfermedad me obliga a vivir en esta localidad, siendo muy escaso el tiempo que puedo dedicar al ejercicio libre de la profesión. Por tratarse de un pueblo de unos seis mil habitantes donde ejercen un médico libre y dos de asistencia pública domiciliaria independientemente, no es posible materialmente obtener ni 800000 pesetas ni siquiera la mitad de esta cantidad (...) Próximo a mi jubilación y delicado de salud he tenido muy a pesar mío que limitar mis actividades*”. Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM.

⁶⁴¹ Alonso Resalt J. y López Muñoz M. (1999). *Los Alcaldes de Leganés*. Madrid: Legacom Comunicación, S.A. pp.71-84. Mendiguchía fue nombrado Alcalde por el Gobernador Civil de la provincia de la primera gestora de la localidad de Leganés durante seis días del 4 al 10 de noviembre de 1936 y, posteriormente, desde el 7 de marzo de 1938 hasta el 8 abril de 1941, los dos primeros años como alcalde interino. Maroto García, M. (2010), p.4. En: <http://www.ciudadanosporelcambio.com/> [consultado el 8 de abril de 2016] y Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM.

⁶⁴² El nombramiento de José María Moreno Rubio como médico supernumerario auxiliar residente con un sueldo anual de 2500 pesetas apareció publicado en: Orden nombrando Médico supernumerario auxiliar residente del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, a D. José María Moreno Rubio. (12 de junio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 163, p. 1341.

sometido a un expediente de depuración por el Colegio de Médicos de Madrid que superó positivamente⁶⁴³.

Cuando Mendiguchía accedió a la institución, Salas y Vaca era el Jefe Facultativo de la misma. Además, estaban trabajando en el Manicomio, Ignacio del Mazo, que pronto sería sustituido por Antonio Martín-Vegué y Jaúdenes y Enrique Fernández Sanz, como médico consultor. Cuando en junio de 1924, Salas y Vaca abandonó temporalmente el Manicomio para desempeñar el cargo de Gobernador Civil de varias provincias españolas, Enrique Fernández Sanz quedó al frente de la misma⁶⁴⁴, si bien, se han registrado historias de ese periodo en las que Mendiguchía firmaba como subjefe facultativo⁶⁴⁵ o "Director facultativo"⁶⁴⁶. Aunque no hemos podido establecer con claridad el salario que recibía Mendiguchía en nuestro periodo de estudio, es probable que, al desempeñar la función de médico residente del asilo, éste fuera semejante al asignado en la década de los veinte al también Facultativo Residente, Ignacio del Mazo, de 3000 pesetas anuales. Posteriormente, durante la Segunda República Española, periodo en que Mendiguchía estuvo al cargo de las 125 pacientes del departamento de mujeres, pobres y pensionistas, éste aumentó hasta 4500 pesetas al año⁶⁴⁷. Una vez declarada la guerra civil española, y tras la marcha de Enrique Fernández Sanz de la institución, el 25 de noviembre de 1936, recibió el nombramiento de Jefe Facultativo del Manicomio Nacional por el Director General de la Administración local⁶⁴⁸, sin aumento en el salario que tenía como médico residente⁶⁴⁹, cargo que desempeñó hasta la vuelta de su predecesor a principios de los años cuarenta⁶⁵⁰. Más tarde, en el año 1949, volvería a ponerse al frente del manicomio, momento en que sucedió a Manuel Peraita⁶⁵¹

⁶⁴³ La conducta de Mendiguchía fue avalada por el Director General de la Beneficencia y el Gobernador Civil. Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM.

⁶⁴⁴ García del Real, E. (1933). El Dr. Enrique Fernández Sanz. En *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina. Tomo II. Curso 1932-1933* (pp.587-589). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos, p.588.

⁶⁴⁵ Historia clínica XX-910. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En esta historia, el administrador de la institución, en contestación a la petición del Juez de un certificado médico del paciente, se lo remite firmado por Aurelio Mendiguchía y aclarándole que no ha sido realizado por el director sino por el subjefe facultativo debido a la ausencia de este último del establecimiento.

⁶⁴⁶ Historia clínica XX-465. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁴⁷ Vázquez de la Torre, P. (2008), p.72.

⁶⁴⁸ Aunque ya firmaba como el "Médico Jefe de los Servicios" en las historias clínicas a partir del 25 de julio de 1936. Vázquez de la Torre Escalera, O. (2012), p.111.

⁶⁴⁹ Expediente colegial de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo del ICOMEM. En la postguerra, periodo en el que seguía siendo responsable de los departamentos de mujeres de la institución, su retribución salarial aumentaría hasta las 8000 pesetas anuales y, en 1949, fue de nuevo incrementado debido a una modificación de las dotaciones del personal de la dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.64.

⁶⁵⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.101.

⁶⁵¹ Peraita (1908-1950) fue un neurólogo y psiquiatra de clara formación germánica, discípulo de José Miguel Sacristán que ejerció como Jefe Facultativo en la institución de Leganés desde finales de 1943 hasta 1949. Sobre la figura de este médico, véase: Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.70-78.

cuando este enfermó poco antes de morir⁶⁵², manteniéndose en la jefatura hasta los años cincuenta⁶⁵³.

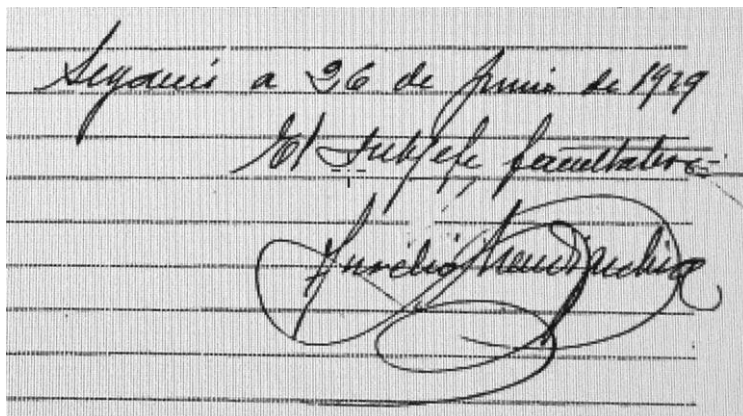


Figura 17. Firma de Aurelio Mendiguchía Carriche. Fuente: Historia clínica XX-295. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Además de la actividad clínica, Mendiguchía participó en la enseñanza de practicantes y enfermeros psiquiátricos, formando parte del profesorado encargado de impartir la parte teórica del curso para enfermeros que se realizó en septiembre de 1933 y cuyas prácticas se realizaban en el Manicomio de Leganés⁶⁵⁴. A pesar de no ser un publicista destacado, merece la pena señalar “La piritoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis”, difundido en *La Medicina Ibera* en 1930⁶⁵⁵. Este artículo, sobre el que trataremos en el capítulo VI de esta tesis doctoral, fue firmado junto a sus compañeros del asilo, Antonio Martín-Vegué y Enrique Fernández Méndez, poco menos de una década después de su llegada al manicomio nacional.

Antonio Martín-Vegué y Jáudenes (1879-): médico y alcalde

Antonio Martín-Vegué y Jáudenes, fue un médico nacido en Madrid el 22 de noviembre de 1879. Se licenció en Medicina y Cirugía en 1912, con la calificación de aprobado cuando contaba con 28 años de edad (Anexo 6) y, ese mismo año, solicitó la inscripción en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Madrid⁶⁵⁶. Tras terminar los estudios de

⁶⁵² Conseglieri Gámez, A. (2013), p.68.

⁶⁵³ Mendiguchía Carriche, A. (1955). En el momento de publicar este trabajo el autor firmaba como Jefe Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés.

⁶⁵⁴ *ABC*. (4 de agosto de 1933), p. 28.

⁶⁵⁵ Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930). La piritoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis. *La Medicina Ibera*, 24, 205-207.

⁶⁵⁶ Martín-Vegué obtuvo el Grado de Bachiller en el Instituto Oviedo el 28 de septiembre de 1899 con calificación de aprobado en los dos ejercicios. Archivo Histórico Nacional. Universidades 5070, 16.

medicina desarrolló la actividad clínica asistencial en varias provincias españolas, primero en Madrid y posteriormente en Ávila y Toledo⁶⁵⁷. En 1923 accedió al Manicomio Nacional⁶⁵⁸, donde permaneció hasta diciembre de 1949, momento en que se jubiló⁶⁵⁹, con un breve periodo de interrupción coincidiendo con la contienda española. Al declararse la guerra civil española se encontraba de permiso oficial en Vigo, donde se presentó al comandante militar y fue nombrado 2º Jefe del Hospital Militar de Vigo, cargo que ocupó hasta noviembre de 1936, cuando regresó a Leganés tras la entrada de las tropas nacionales⁶⁶⁰.

A lo largo de su trayectoria en el Manicomio Nacional desempeñó el cargo de médico supernumerario auxiliar residente y se ocupó del departamento de hombres pobres y pensionistas⁶⁶¹. Desconocemos el salario con el que Martín-Vegué estaba retribuido en nuestro periodo de estudio, si bien es probable que éste se situara entre las 1500 pesetas anuales del médico auxiliar y las 3000 pesetas anuales que recibía el médico residente en la década de los veinte⁶⁶². Esta asignación se fue incrementando con el paso de los años en la institución y, en 1935, ya recibía 3500 pesetas anuales⁶⁶³. Posteriormente, en enero de 1949, poco antes de jubilarse, pasó a cobrar 7200 pesetas anuales como médico supernumerario residente, cargo que ostentó hasta su jubilación⁶⁶⁴.

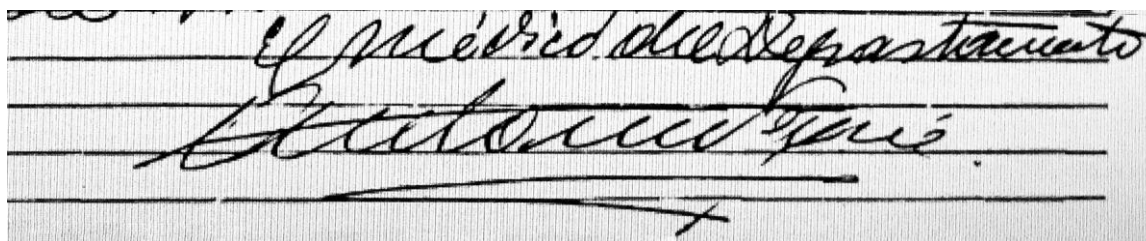


Figura 18. Firma de Antonio Martín-Vegué Jádenes. Fuente: Historia clínica XX-16. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

⁶⁵⁷ Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jádenes. Archivo del ICOMEM

⁶⁵⁸ *Ibidem*.

⁶⁵⁹ Tras su jubilación fue sustituido en el cargo de médico del departamento de hombres por Ángel Fernández-Sanz Méndez, entonces médico residente del Manicomio de Leganés. Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.67-68; Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jádenes. ICOMEM.

⁶⁶⁰ Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jádenes. Archivo del ICOMEM; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), pp.111-112.

⁶⁶¹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), pp.108-111.

⁶⁶² Salas y Vaca, J. (1929), p.41.

⁶⁶³ Vázquez de la Torre, P. (2008), p.72. Cuatro años más tarde, en 1939, se mantenía la misma retribución salarial. Véase: Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jádenes. Archivo del ICOMEM.

⁶⁶⁴ Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.68-69. Siete años después de jubilarse, Antonio Martín-Vegué falleció por colapso cardíaco el 16 de octubre de 1966. Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jádenes. Archivo del ICOMEM.

Al igual que su compañero Mendiguchía, Antonio Martín-Vegué también asumió funciones políticas compatibilizando su labor como médico del manicomio con la de alcalde del municipio de Leganés⁶⁶⁵, puesto que desempeñó entre 1941 y 1947⁶⁶⁶.

Además de trabajar como facultativo en Santa Isabel, fue designado médico de asistencia pública domiciliaria en el Ayuntamiento de Leganés, cargo por el que, en 1939, percibía 4000 pesetas anuales⁶⁶⁷ y, desde 1934 hasta al menos 1936, fue elegido parte de la Junta directiva del Colegio de Médicos de Madrid⁶⁶⁸. Durante los años treinta también ejerció como director de la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio, que fue trasladada de ubicación en 1934 convirtiéndose en un establecimiento de dos plantas y dos pabellones con un total de 41 dormitorios para enfermos⁶⁶⁹.

La incorporación de Enrique Fernández Sanz (1872-1950) al Manicomio de Leganés

A pesar de la importancia de Fernández Sanz como un exponente de peso en la Generación de Archivos⁶⁷⁰, no existe ningún estudio monográfico de su vida y obra y las referencias de este neuropsiquiatra madrileño, nacido en 1872, nos llegan a través de los autores Valenciano Gayá⁶⁷¹ y García de Real⁶⁷².

Enrique Fernández Sanz (1872-1950) se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid en 1903 (Anexo 7)⁶⁷³ y, el 1 de marzo de 1904, leyó su tesis doctoral titulada

⁶⁶⁵ Años antes de ser designado alcalde de esta localidad, en diciembre de 1936 se afilió a la JONS y, al finalizar la contienda fue Jefe Social de Falange. Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jáudenes. Archivo del ICOMEM.

⁶⁶⁶ Alonso Resalt J. y López Muñoz M. (1999), pp. 83-84.

⁶⁶⁷ Expediente colegial de Antonio Martín-Vegué y Jáudenes. Archivo del ICOMEM.

⁶⁶⁸ *ABC*. (13 de febrero de 1935), p.32; *ABC*. (2 de febrero de 1935), p. 43; *ABC*. (14 de junio de 1936), p.54; *La Libertad*. (27 de mayo de 1934); *El Sol*. (1 de febrero de 1935), p.4.

⁶⁶⁹ Durante la guerra civil las derivaciones desde establecimiento psiquiátricos particulares al manicomio de Leganés habían sido frecuentes procediendo principalmente de dos clínicas del municipio de Leganés: la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio perteneciente a Martín-Vegué y la Clínica de José María Moreno Rubio. Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.177 y Tierno, R. (2008), p.109.

⁶⁷⁰ Lázaro, J. (1997), pp. V-XIX.

⁶⁷¹ Valenciano Gayá, L. (1977). *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Ed. Morata, pp.82-85.

⁶⁷² García del Real, E. (1933). Eduardo García del Real y Álvarez de fue catedrático de Enfermedades de la Infancia de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela (1900), de Patología Médica en las Facultades de Medicina de Madrid (1906) y Valladolid (1907) y, en 1918, fue nombrado Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Central. El 9 de abril de 1933 fue designado académico de la Real Academia Nacional de Medicina. Su discurso de ingreso en la misma "Notas a propósito del tifus exantemático" obtuvo la contestación del propio Enrique Fernández Sanz. Véase: <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/944-1933-garcia-del-real-y-alvarez-de-mijares-eduardo.html> [consultado el 15 de abril de 2016]. A propósito de la figura de García del Real se puede consultar: Fernández Sanz, E. (1933b). García del Real y su obra. En *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*. Tomo II. Curso 1932-1933 (pp. 591-594). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.

⁶⁷³ En 1888 obtuvo el grado de bachiller por el Instituto Cardenal Cisneros de Madrid, con la calificación de sobresaliente en el primer ejercicio y aprobado en el segundo. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 7214, 55. Durante la universidad cosechó resultados brillantes, por lo que se le concedieron once premios ordinarios, tres menciones honoríficas y el premio Fourquet en el

Paraplejía Espasmódica con la calificación de sobresaliente (Anexo 8)⁶⁷⁴. Ese mismo año, ingresó por oposición en el Cuerpo de la Beneficencia Municipal⁶⁷⁵ y, al año siguiente, en marzo de 1905, entró a formar parte del Cuerpo de la Beneficencia General del Estado⁶⁷⁶. De este modo, comenzó a trabajar en el Hospital de la Princesa, donde se mantuvo, según García del Real, hasta 1910⁶⁷⁷, ocupándose de la consulta de enfermedades mentales. Además de las actividades profesionales mencionadas, fue Jefe Facultativo del Hospital Jesús Nazareno⁶⁷⁸ y, en junio de 1904, se constituyó como Médico-Director habilitado de Aguas Minerales⁶⁷⁹, llegando a desempeñar la labor de Jefe Facultativo en diversos Balnearios del país hasta 1911 como el Balneario de Ataun (Guipúzcoa), el de Archena en Murcia, el de Jabalcuz (Jaén) y el de Elorrio en Vizcaya⁶⁸⁰. En este sentido, en el año 1920 publicó varios trabajos en los que abordaba la eficacia terapéutica de las aguas mineralo-medicinales en el tratamiento de la psiconeurosis⁶⁸¹.

A lo largo de esta primera década del siglo XX se formó con Babinski, Dèjerine, Ballet y Magnan en sus respectivos hospitales parisinos. En el invierno de 1910, estuvo con Ziehen en la Clínica Psiquiátrica de Berlín y, tres años más tarde, en la misma ciudad con Goldscheider en el Rudolf Virchow Krankenhaus. En esa misma época viajó a Viena y se formó con Schlessinger en el Allgemeines Krankenhaus y en el Manicomio Steinhoff-Viena⁶⁸².

curso académico 1891-1892. Véase: Expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina, Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5546,15; Expediente de profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid. Archivo del Servicio de personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Tres años más tarde, en 1894 fue nombrado bibliotecario del ateneo de alumnos internos de medicina, puesto que desempeñó al menos durante dos años. Véase: *El Heraldo de Madrid*. (2 de junio de 1891), p.3; *El Día*. (9 de noviembre de 1984), p.2.

⁶⁷⁴ En su expediente de alumno se puede consultar un ejemplar de su tesis doctoral manuscrita. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 4998,15. Si bien se ha registrado tanto en el Archivo Histórico Nacional como en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid que la fecha de lectura de su tesis doctoral data de 1904, tanto en el expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina, como en el expediente colegial de Enrique Fernández Sanz custodiado por el Archivo del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, figuran como fecha de expedición del título de doctor el 16 de marzo de 1912.

⁶⁷⁵ Expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina; *El Liberal*. (27 de julio de 1904), p.2; *El Monitor Sanitario*. (1918), p.350.

⁶⁷⁶ García del Real, E. (1933), p. 587; Real orden nombrando el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones de Médicos del Cuerpo facultativo de la Beneficencia de Médicos del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (4 de enero de 1905). *Gaceta de Madrid*, 4, p.35.

⁶⁷⁷ García del Real, E. (1933), p.588. Es posible que ejerciera en esta institución en otros periodos posteriores ya que, en el año 1929, en un reportaje sobre el Hospital de la Princesa publicado en *La Voz*, aparece como integrante del cuadro facultativo, junto al también médico del Manicomio José Salas y Vaca. *La Voz*. (2 de octubre de 1929), p.3.

⁶⁷⁸ En su trabajo "La Reforma de los Manicomios Españoles", publicada en el *Siglo Médico* en marzo de 1921 firma como Jefe Facultativo del Hospital de Jesús Nazareno. Véase: Fernández Sanz, E. (1921a).

⁶⁷⁹ García del Real, E. (1933), p.587; Discurso de contestación al discurso de recepción por la Real Academia Nacional de Medicina de Enrique Fernández Sanz., pronunciado por el Dr. Don Luis de Ortega Morejón. Se puede consultar en: *El Monitor sanitario*. (1918), p.350. Hay que tener en cuenta que, durante el reinado de Fernando VII, por el Real Decreto del 29 de 1816 se había creado el Cuerpo de Médicos-Directores de Baños. Véase Real decreto resolviendo que en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria. (4 de julio de 1816). *Gaceta de Madrid*, 83, pp. 701-702.

⁶⁸⁰ Expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina.

⁶⁸¹ Fernández Sanz, E. (1920a). La hidroterapia en las psiconeurosis. *Siglo Médico*, 67, 449-451; Fernández Sanz, E. (1920b). Los baños de mar y el clima litoral en los enfermos psiconeuróticos. *La Medicina Ibero*, 12, 289-291.

⁶⁸² García del Real, E. (1933), p.588.

Probablemente esta formación y sus numerosas consultas le convirtieron, en opinión de Valenciano Gayá⁶⁸³, en el especialista más acreditado de la capital durante esta década⁶⁸⁴.

Fernández Sanz atendía simultáneamente las consultas públicas de enfermedades mentales en diversas clínicas de la capital española como el Hospital de la Princesa (1905-1910), Policlínica del Refugio (1906-1911)⁶⁸⁵, Instituto Médico-Quirúrgico de la Encarnación (1912-1914), Asociación Médico-Quirúrgica (desde 1914)⁶⁸⁶, en la Casa de Socorro del Distrito del Congreso (desde 1931)⁶⁸⁷ y en el Servicio Psiquiátrico municipal (desde 1925)⁶⁸⁸, asistencia que simultaneó con una consulta privada de medicina interna y neuropsiquiatría en la calle de Felipe IV, en Madrid⁶⁸⁹.

El 24 de noviembre de 1911 fue nombrado profesor auxiliar interino de la Facultad de Medicina de la Universidad Central⁶⁹⁰, con la gratificación anual de 1500 pesetas⁶⁹¹, que aumentó hasta 2250 pesetas a finales de 1912⁶⁹². Tres años más tarde fue designado profesor auxiliar numerario en el Servicio de Historia de la Medicina⁶⁹³, siendo el catedrático del mismo Eduardo García del Real. Entre enero y mayo de 1919 impartió un curso de psiquiatría clínica en la facultad⁶⁹⁴ y, en agosto de 1920, se le ascendió al "último número de

⁶⁸³ Valenciano Gayá, L. (1977), p.83.

⁶⁸⁴ Tenía una gran formación en idiomas, dominando el francés, italiano y alemán, lo que le permitió realizar varias traducciones tanto de publicaciones de la disciplina psiquiátrica como de otras materias. En 1929 tradujo y prologó la obra de Maurice De Fleury *Los locos, los pobres locos y la sensatez que nos enseñan*, del francés, dos años más tarde, la comedia de teatro *El amante de Madame Vidal* de Luis Verneil y, en 1932, *La educación de sí mismo*, también del francés, Pablo Dubois. Véase: *La Vanguardia*. (9 de enero de 1931), p.3; Dubois, P. (1932). *La educación de sí mismo*. Madrid: Francisco Beltrán; Valenciano Gayá, L. (1977), p.83.

⁶⁸⁵ *El Globo*. (16 de noviembre de 1909), número 11.907.p.3

⁶⁸⁶ García del Real, E. (1933), p.588.

⁶⁸⁷ Por la labor asistencial en esta consulta situada en la calle del Berro número 17, en Madrid, en la que desempeñaba el cargo de Jefe Facultativo, recibía una gratificación económica de 13000 pesetas anuales. Expediente colegial de Enrique Fernández Sanz. Archivo del ICOMEM.

⁶⁸⁸ El 1 de diciembre de 1825 se inauguró este servicio cuyo cometido era atender a la consulta, profilaxis y tratamientos psíquicos para los enfermos mentales pobres vecinos de Madrid. *El Heraldo de Madrid*. (26 de noviembre de 1925), p.4.

⁶⁸⁹ Valenciano Gayá, L. (1977), p.83.

⁶⁹⁰ Varios años antes, en 1905 y 1907 se presentó a las oposiciones a la plaza de profesor auxiliar. En esta última aprobó todos los ejercicios. Posteriormente, en 1913 se personó a las oposiciones para la Cátedra de Hidrología Médica en el mismo centro, en las que también aprobó todos los ejercicios y obtuvo dos votos. Expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina; *Gaceta de instrucción pública*. (30 de junio de 1905), p.8; *Gaceta de instrucción pública*. (6 de marzo de 1907), p.4; *España médica*. (20 de septiembre de 1912), p.3.

⁶⁹¹ Fue nombrado por unanimidad del Claustro de la Facultad al estar vacante una plaza de profesor auxiliar correspondiente al sexto grupo por dimisión de Pedro Carrión. A pesar de que en su expediente de profesor de la Facultad de Medicina consta la designación a la fecha señalada, parece que Fernández Sanz ya desempeñaba esta labor en las semanas previas ya que se han registrado comunicaciones del Decano de la Facultad al facultativo solicitándole que impartiera la asignatura de patología médica al tercer curso de la licenciatura por hallarse enfermo el profesor encargado de la misma el 15 de octubre y el 1 de noviembre de ese mismo año. Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁶⁹² El 31 de diciembre de 1912 se resolvía un aumento en su gratificación anual a 2250 pesetas "*durante el tiempo que el Auxiliar numerario D. Gadeardo Peralta desempeña la Cátedra vacante de anatomía descriptiva del aludido Centro de enseñanza*". Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁶⁹³ Posteriormente, el 15 de julio de 1916, fue confirmado en el cargo de auxiliar numerario de la Facultad de Medicina por Real Orden de 9 de julio del mismo año, aumentándosele el sueldo hasta 2500 pesetas anuales. Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz del Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: P-495, 51.

⁶⁹⁴ García del Real, E. (1933).p.588.

la Segunda Sección del Escalafón de Auxiliares Universitarios" con la gratificación de 3000 pesetas⁶⁹⁵. Quince años más tarde, solicitó formar parte de las oposiciones a la cátedra de psiquiatría creada en la Facultad⁶⁹⁶ que había sido convocada en la *Gaceta* de 10 de marzo de 1935⁶⁹⁷. Tras la guerra civil y al jubilarse García del Real, sería encargado de la Cátedra de Historia de la Medicina⁶⁹⁸, hasta su jubilación en enero de 1942⁶⁹⁹.

Es importante destacar su labor como conferenciante y divulgador de cuestiones relacionadas con la disciplina psiquiátrica. En 1927 impartió un curso sobre la infancia organizado por el Tribunal Tutelar para Niños de Madrid, que fue objeto interés para diversos diarios de la época, en el que se ocupó de la materia de Psiquiatría⁷⁰⁰ y, en 1933, participó pronunciando la conferencia de clausura en el curso para practicantes que se desarrolló en el Manicomio de Santa Isabel⁷⁰¹. Además, a lo largo de su trayectoria profesional impartió numerosas conferencias divulgativas sobre temas psiquiátricos y neurológicos en diferentes instituciones como la Escuela de la Real Academia Nacional de Medicina, el Instituto Rubio o la Academia Internacional de Historia de las Ciencias⁷⁰².

A esta prolífica actividad hay que añadir la de Secretario General del Colegio de Médicos de Madrid desde 1907⁷⁰³ y la presidencia de la Academia Médico-Quirúrgica española desde 1916⁷⁰⁴. Su interés por la infancia, que se tradujo en numerosas publicaciones desde los inicios de su ejercicio profesional⁷⁰⁵, como veremos en el próximo apartado, le llevó a la

⁶⁹⁵ Una década más tarde la gratificación anual había ascendido a 3350 pesetas. Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz del Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: P-495, 51.

⁶⁹⁶ Ese mismo año, el 31 de diciembre de 1935, se le concedió el pase a la primera categoría del escalafón de los de su clase con una gratificación anual de 5000 pesetas debido a la jubilación del Auxiliar Numerario de la Facultad de Medicina de Valladolid, Don Francisco Mercado de la Cuesta. Véase el Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁶⁹⁷ Órdenes anunciando a concurso la provisión de las Cátedras que se indican, vacantes en los Centros que se mencionan. (10 de marzo de 1935). *Gaceta de Madrid*, 69, de, p. 2040.

⁶⁹⁸ Pérez Peña, F. (2005). *Exilio y depuración política en la Facultad de Medicina de San Carlos*. Madrid: Editorial Visión Net, p.269.

⁶⁹⁹ Expediente de profesor de Enrique Fernández Sanz. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Su puesto fue ocupado por Pedro Laín Entralgo quién sería nombrado catedrático en virtud de oposición el 19 de octubre de 1942.

⁷⁰⁰ El curso, de carácter teórico y práctico, tenía como objeto la preparación cultural y pedagógica de las personas menores "extraviados" y comprendía enseñanzas elementales como Fisiología e Higiene del niño, Psiquiatría, Psicología fundamental, Psicología especial, Pedagogía normal y correccional, Orientación profesional, Derecho penal y Legislación protectora de los niños. *La Lectura dominical*. (26 de febrero de 1927), pp.13-14; *La Época*. (9 de marzo de 1927), número 27.200, p. 4; *El Imparcial*. (9 de marzo de 1927), p. 7; *La Libertad*. (10 de marzo de 1927), p. 6; *La Nación*. (10 de marzo de 1927), p.6.

⁷⁰¹ *ABC*. (4 de agosto de 1933), p. 28.

⁷⁰² *La Correspondencia de España*. (23 de mayo de 1911), número 19.459, p.4; *España médica*. (20 de febrero de 1915), p.15; *La Correspondencia de España*. (27 de junio de 1917), número 21.685, p.5; *ABC*. (26 de noviembre de 1933), p.36.

⁷⁰³ Tras retirarse como presidente Julián Calleja, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, se constituyó una nueva Junta Directiva en la que Fernández Sanz ocupó el cargo de Secretario y Ángel Pulido la presidencia. Albarracín Teulón, A. (2000), p.85; *El Herald de Madrid*. (6 de noviembre de 1907), p.5.

⁷⁰⁴ En los años anteriores había desarrollado la función de secretario de esta misma asociación. *El Imparcial*. (31 de octubre de 1916), p.5; *El Día*. (18 de noviembre de 1907), p.2; *El Liberal*. (15 de noviembre de 1909), p. 3; *El Liberal*. (18 de noviembre de 1907), p.3.

⁷⁰⁵ En 1904 publicó en la *Revista de Especialidades Médicas* el artículo "Dos casos de histerismo infantil". Posteriormente el autor seguiría difundiendo trabajos abordando la psicopatología de la infancia como "Demencia precoz y cerebropatía infantil", editado en 1910, "Un caso de demencia infantil", en 1912, "la protección de la infancia mentalmente anormal", en 1919, "Un caso de psicastenia infantil", en 1921 o, ya en la década de los treinta, "La esquizofrenia en la infancia". Véase: Fernández Sanz, E. (1904a).

dirección del Seminario Pedagógico para maestros y médicos de la infancia mentalmente anormal desde marzo hasta diciembre de 1917, momento en que fue cesado al terminarse el funcionamiento del mismo⁷⁰⁶. Años más tarde volvería a vincularse con la asistencia a la infancia, a través de la vocalía del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales⁷⁰⁷, que ocupó en 1924⁷⁰⁸.

También formó parte de diversos comités organizadores de congresos de medicina, a nivel nacional e internacionales. Colaboró en la organización del IX Congreso Internacional de Hidrología, en la Sección de Climatología celebrado en Madrid del 15 al 22 de octubre de 1913⁷⁰⁹ y, participó en la preparación de los primeros Congresos Nacionales de Ciencias Médicas celebrados en Madrid y Sevilla en abril de 1918 y octubre de 1924 respectivamente⁷¹⁰.

En 1918, tres años antes de su llegada a Leganés, fue nombrado académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina⁷¹¹, perteneciendo a la Sección de Psiquiatría, Medicina Legal y Literatura médica⁷¹², de la que sería Secretario a partir del año 1920, cargo que

Dos casos de histerismo infantil. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 12(23), 1–14; Fernández Sanz, E. (1910). Demencia precoz y cerebropatía infantil. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 88, 129-138; Fernández Sanz, E. (1912a). Un caso de demencia infantil. *Anales de Psiquiatría y Neurología*, 1(enero), nc.; Fernández Sanz, E. (1919a). La protección a la infancia mentalmente anormal. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 123, 117-124; Fernández Sanz, E. (1921b). Un caso de psicastenia infantil. *Medicina Ibero*, 15, 28- 30 y Fernández Sanz, E. (1933a). La esquizofrenia en la infancia. *Archivos de Neurobiología*, 13(4), 737-742.

⁷⁰⁶Expediente personal de Enrique Fernández Sanz de la Real Academia Nacional de Medicina; *La Escuela moderna (suplemento)*. (28 de marzo de 1917). Número 2.120, p.12; Real orden dando por terminado el funcionamiento del Seminario de Médicos y Maestros para la infancia mentalmente anormal. (17 de enero de 1918). *Gaceta de Madrid*, 17, p. 159.

⁷⁰⁷A principios de 1910 se creó el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales con los objetivos, entre otros, de desarrollar medidas dirigidas a la profilaxis, higiene y tratamiento de las tres afecciones, de establecer la organización y régimen de la enseñanza especial, y de inspeccionar los establecimientos de enseñanza y las instituciones protectoras de sordomudos, ciegos y anormales. En 1914, mediante Real decreto se disponía un cambio de nombre del Patronato que pasó a denominarse Patronato Nacional de Anormales. Sobre la historia de esta institución en las dos primeras décadas desde su fundación se puede consultar: Del Cura, M. (2012). Un patronato para los anormales: primeros pasos en la protección pública de los niños con discapacidad intelectual en España (1910-1936). *Asclepio*, 64(2), pp. 541-564.

⁷⁰⁸ *Revista ibero-americana de ciencias médicas* (octubre de 1924). Número 114, p.12.

⁷⁰⁹ *El Globo* (Madrid. 1875) (5 de octubre de 1913). Número 13.104, p.3.

⁷¹⁰ En el primer congreso Nacional de Ciencias Médicas, presentó una ponencia, junto a Joaquín Gimeno Riera (1877-1945), el entonces director del Manicomio de Zaragoza, titulada "Los síndromes cerebelosos". *El Monitor Sanitario*. (1918), p.323; *El Monitor Sanitario*. (1918), pp.317-327 y *ABC*. (18 de octubre de 1924), pp.15-17.

⁷¹¹ La toma de posesión fue el 26 de mayo de 1918 y ocupó el sillón número 16. En el acto de recepción pronunció su discurso "Los ideales de la Psicoterapia" que obtuvo la contestación por parte de Luis Ortega Morejón. Véase: Fernández Sanz, E. (1918a). Los ideales en psicoterapia. *Medicina Ibero*, 3, pp. 266-268; 293-296; 320-324; 348-352 y <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/920-1918-fernandez-sanz-enrique.html> [consultado el 17 de abril de 2016].

⁷¹² *Guía oficial de España*. (1919), p.797.

ostentó al menos durante una década⁷¹³ y cuyo acto de posesión fue noticia en la prensa de la época⁷¹⁴. Así mismo, formó parte de la *Société Clinique de Médecine Mentale* en París⁷¹⁵.

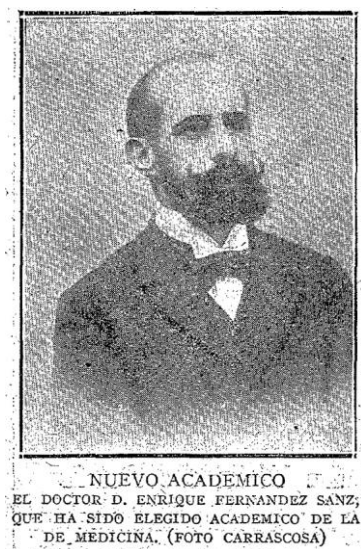


Figura 19. Foto de Enrique Fernández Sanz. Fuente: ABC (9 de julio de 1917), p.5

Fernández Sanz permaneció vinculado al Manicomio Nacional de Leganés con diferentes funciones; en 1921 fue nombrado Médico Consultor⁷¹⁶, durante el periodo en el que José Salas y Vaca ocupaba la plaza de Jefe Facultativo. El paso de Salas y Vaca a la política, coincidiendo con la dictadura de José Antonio Primo de Rivera (14 de septiembre de 1923) - éste fue nombrado Gobernador Civil en las provincias de Albacete, Cádiz y Huelva entre los años de 1924 y 1929-, llevó a Fernández Sanz a ser Jefe Facultativo en funciones⁷¹⁷. Cuando Salas y Vaca se jubiló y regresó a Córdoba, en diciembre de 1929, Fernández Sanz ocupó el cargo de Jefe Facultativo de la institución⁷¹⁸, labor que desempeñó hasta el inicio de la guerra civil española⁷¹⁹. El 13 de agosto de 1930 se publicó que Fernández Sanz, sin que cesara en

⁷¹³ *Guía oficial de España*. (1920), p. 793; *Guía oficial de España*. (1922), p. 789; *Guía oficial de España*. (1923), p. 792; *Guía oficial de España*. (1924), p. 788; *Guía oficial de España*. (1925), p. 778; *Guía oficial de España*. (1927), p. 803; *Guía oficial de España*. (1928), p. 821; *Guía oficial de España*. (1929), p. 837; *Guía oficial de España*. (1930), p. 835.

⁷¹⁴ *La Época*. (25 de mayo de 1918), número 24.285, p. 3; *El Imparcial*. (25 de mayo de 1918), p. 5; *La Correspondencia de España*. (1918), número 22.019, p.3; *Revista de sanidad militar*. (15 de junio de 1918), p. 1; *Revista ibero-americana de ciencias médicas*. (septiembre de 1918), p. 81.

⁷¹⁵ Fernández Sanz, E. (1929a). El problema nosológico de la manía crónica. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 30, 625 – 628, p.625.

⁷¹⁶ Salas y Vaca, J. (1929), p.25.

⁷¹⁷ Salas y Vaca, J. (1929), p.20. Según García del Real, este neuropsiquiatra madrileño fue Director, en 1928, tras el abandono total de Salas y Vaca que volvió a su Andalucía natal. Sin embargo, conviene apuntar que, en estas décadas, los jefes facultativos no ostentaban el cargo de "Director" de la institución sino de "Jefe Facultativo", y la asignación de la dirección a un médico no ocurrió hasta el nombramiento de Manuel Peraita, en la posguerra. Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007b). Neuropsiquiatría de posguerra: Una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(1), 119-141.

⁷¹⁸ *El Imparcial*. (26 de diciembre de 1929), p. 2; *Revista ibero-americana de ciencias médicas*. (enero de 1930), número 44, p.15.

⁷¹⁹ Posteriormente volvería a la jefatura de la institución entre los años 1940 y finales de 1943, cuando fue sucedido por Peraita. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.67-68.

las funciones de Jefe Facultativo del Manicomio Nacional que ejercía, fuese nombrado Inspector de los Manicomios Nacionales, con el objeto de asegurar el correcto funcionamiento de estas instituciones y para *“proteger de posibles ingerencias (sic) extrañas los legítimos derechos del prestigioso Cuerpo facultativo de la Beneficencia General”*⁷²⁰. A lo largo de esta época, “organizó la Clínica Mental” en la que colaboraron Ignacio del Mazo, Aurelio Mendiguchía Carriche, Antonio Martín-Vegué y César Juarros quien utilizó el asilo para los alumnos del Instituto Criminológico, de modo que el manicomio fue sede de varios cursos de la especialidad⁷²¹.

La producción científica de Enrique Fernández Sanz

Enrique Fernández Sanz perteneció a ese colectivo de médicos que conjugaban conocimientos en neurología y enfermedades mentales y que, en las primeras décadas del siglo XX, adquirió una especial preponderancia. Gran publicista, García del Real le atribuyó más de 360 publicaciones hasta el año 1920⁷²². En el Repertorio de Rey, Jordá, Dualde y Bertolín, *Tres siglos de psiquiatría en España*⁷²³, se recogen 153 artículos en revistas, algunos de los cuales se repiten con exacto título y contenido en diferentes revistas científicas⁷²⁴, pero a ellos habría que sumar las intervenciones en la Real Academia de Medicina. En el expediente de la Real Academia de Medicina se recogen 194 publicaciones a fecha de 28 de marzo de 1917-, y más de media docena de libros: *Limitaciones prácticas de la Psicoterapia* (1911)⁷²⁵, *Enfermedades de las glándulas de secreción interna* (1912)⁷²⁶, *Histerismo: Teoría y clínica* (1914)⁷²⁷, *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula* (1919)⁷²⁸, *Las*

⁷²⁰ Real orden creando en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, el cargo de Inspector de los Manicomios Nacionales, y nombrando para el mismo a D. Enrique Fernández Sanz (13 de agosto de 1939). *Gaceta de Madrid*, 225, pp. 1028-1029.

⁷²¹ No hemos podido saber con exactitud las características de esta Clínica Mental, aunque es probable que sirviera de soporte para la docencia de cursos relacionados con la especialidad de psiquiatría. Fernández Sanz, Á. y Conde, V. (1969). *Breve historia del hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Puedo Artes Gráficas

⁷²² García del Real, E. (1933), pp.588-589. En el año 1977, Valenciano Gayá le atribuía cerca de 800 publicaciones a lo largo de su trayectoria profesional. Valenciano Gayá, L. (1977), p.83.

⁷²³ Rey Jordá, E., Dualde, F. y Bertolín, J. M. (2006). *Tres siglos de psiquiatría en España. (1736-1975)* Madrid: AEN, pp.122-128.

⁷²⁴ Algunos de los trabajos de Fernández Sanz se pueden consultar en: Fernández Sanz, E. (1908). Un caso de demencia precoz catatónica. *Revista de Especialidades Médicas*, 11, 413-420; Fernández Sanz, E. (1909a). Un caso de astasia-abasia periódica. *Revista de Especialidades Médicas*, 13, 337-343; Fernández Sanz, E. (1914a). El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 104, 89 – 97; Fernández Sanz, E. (1914b). Las secreciones internas en relación con la patología mental. *La Clínica Moderna*, 13, 238-244; 258-269; Fernández Sanz, E. (1916a). Novísimas orientaciones psicoterápicas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 111, 361-370; Fernández Sanz, E. (1919b). Algunos aspectos modernos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general. *Siglo Médico*, 66, 453-456; Fernández Sanz, E. (1930a). Algunas consideraciones sobre la sulfoterapia en Psiquiatría. *Archivo de Medicina, Cirugía y especialidades*, 33, 543.

⁷²⁵ Fernández Sanz, E. (1911a). *Limitaciones prácticas de la psicoterapia*. Madrid: Imprenta de Eduardo Arias.

⁷²⁶ Fernández Sanz, E. (1912b). *Enfermedades de las glándulas de secreción interna*. Madrid: Editorial Francisco Beltrán.

⁷²⁷ Fernández Sanz, E. (1914c). *Histerismo: Teoría y Clínica*. Madrid: Editorial Francisco Beltrán.

⁷²⁸ Fernández Sanz, E. (1919c). *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula*. Madrid: Saturnino Calleja.

psiconeurosis (1921)⁷²⁹, *Tratamiento psíquico: principios fundamentales y métodos modernos del tratamiento de las enfermedades* (1922)⁷³⁰ y *Disciplina de los nervios y régimen de Salud Mental* (sin fecha)⁷³¹. La histeria fue uno de los temas clínicos predominantes en su obra, publicando en diferentes revistas al menos 18 casos, reunidos después en *Histerismo. Teoría y clínica*⁷³².

No es nuestra intención realizar una revisión de toda la obra del neuropsiquiatra, pero consideramos que merece la pena una visión panorámica de su producción que, durante los primeros años de ejercicio profesional, la mayoría fue en revistas de ámbito nacional y corresponden a casos clínicos (sobre todo entre 1904 y 1909). Parte de estos trabajos estaban centrados en patología neurológica como la encefalitis epidémica-letárgica, la catalepsia cerebelosa o la epilepsia y fueron publicados en revistas variadas -*Revista de Especialidades Médicas*, *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, *Siglo Médico*, *Correspondencia Médica*, *Revista Clínica de Madrid*, *Progresos de la Clínica*, *Archivos de Neurobiología* o en *Archivos Españoles de Neurología Psiquiatría Fisioterapia*, una publicación de periodicidad mensual y breve duración (1910-1911), fundada y dirigida por el propio Fernández Sanz junto a Teodoro Gaztelu, profesor del Instituto Rubio⁷³³. Llama la atención que, si bien no se ha realizado una revisión exhaustiva de su obra, el psiquiatra madrileño no se refiere al Manicomio Nacional de Leganés en sus publicaciones, bien como institución, bien a los pacientes hospitalizados, tal y como haría José Salas y Vaca, que en sus trabajos hacía frecuentemente alusión a las reformas realizadas en el establecimiento durante las primeras décadas del siglo XX y a los pacientes internados en el mismo para ilustrar sus descripciones psicopatológicas.

Los primeros trabajos localizados de Enrique Fernández Sanz tuvieron lugar en el año 1903⁷³⁴, cuando estaba recién licenciado. Entre estos, destacamos la comunicación en *Siglo*

⁷²⁹ Fernández Sanz, E. (1921c). *Las Psiconeurosis*. Madrid: Espasa Calpe. Esta obra recibió la crítica de su coetáneo Gonzalo Rodríguez Lafora en la revista *Archivos de Neurobiología*. Véase: Valenciano Gayá, L. (1977), p. 83.

⁷³⁰ Fernández Sanz, E. (1922a). *Tratamiento psíquico: principios fundamentales y métodos modernos del tratamiento de las enfermedades*. Madrid: Saturnino Calleja.

⁷³¹ Fernández Sanz, E. (s/f). *Disciplina de los nervios y régimen de salud mental*. Madrid: Francisco Beltrán. Se estima que fue publicada alrededor de 1920.

⁷³² Sobre esta publicación se puede consultar: Moro, A. (2006). El histerismo en la obra de Fernández Sanz. En: J. Martínez Pérez, P. Porras Samblás y M. Del Cura (eds.). *La Locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios* (pp. 67-77). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

⁷³³ Fernández Sanz, también colaboró con la *Revista Clínica de Madrid* desde su fundación y con *Anales de Psiquiatría y Neurología*. Así mismo, fue redactor de *Los Progresos de la Clínica* y de la *Clínica Moderna*. Véase: Bertolín, J. (1992). Las revistas sobre psiquiatría en España hasta 1931. *Archivos de Neurobiología*, 55(1), 23-33, p.28.

⁷³⁴ Fernández Sanz, E. (1903a). Comentarios a un caso de tabes dorsal con síntomas tróficos. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 9, 75-86; Fernández Sanz, E. (1903b). Histerismo asociado a otras enfermedades. *Revista de Especialidades Médicas*, 6, 127-128; 139-141; Fernández Sanz, E. (1903c). La hemiplegia espasmódica infantil. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 367-385; Fernández Sanz, E. (1903d). Las determinaciones blenorragicas en los centros nerviosos. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 131-145; Fernández Sanz, E. (1903e). Las consecuencias remotas de los traumatismos medulares. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 367-388.

Médico titulada "Alcoholofilia"⁷³⁵. El breve artículo rebatía los argumentos sobre las propiedades terapéuticas del vino y alcohol en contestación a una alusión que Salas y Vaca le había dirigido en *La correspondencia Médica*⁷³⁶, bajo el epígrafe "Alcoholofobia". No hay que olvidar que, en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, existía un debate en torno al alcohol, de modo que parte de la comunidad científica defendía las propiedades tónicas del vino y otros alcoholes⁷³⁷. De hecho, en la Casa de Santa Isabel se permitía, bajo prescripción facultativa, una dosis diaria de vino de Valdepeñas que no excediera la cantidad de 23 centilitros en cada comida⁷³⁸.

La patología neurológica dio paso a un creciente interés por las enfermedades mentales entre la que conviene destacar la bibliografía sobre la psicopatología bélica. La numerosa literatura europea generada en Europa tras la Primera Guerra Mundial no tuvo eco en España y, durante la segunda década del siglo veinte, se pueden rastrear menos de media docena de trabajos en torno a la psicopatología de la guerra⁷³⁹. En 1915, Fernández Sanz escribió dos artículos al respecto; en el primero de ellos, "Contribución a la psiquiatría de guerra"⁷⁴⁰, redactado después de permanecer en Francia en los meses de agosto y septiembre del año 1914, sostuvo, como ya era comúnmente aceptado, que no existía un tipo especial de psicosis o psiconeurosis propio o exclusivo de las guerras. El único grupo que, a juicio de este neuropsiquiatra, genuinamente podía ser considerado como de origen bélico eran los síndromes psicopáticos. Fernández Sanz describía que el factor fundamental para la patología bélica era el estado de angustia (psiconeurosis de angustia), aunque también eran frecuentes los de depresión o el agotamiento nervioso y psíquico en una escala que variaba desde la neurastenia leve hasta la "clásica confusión mental". El mismo año, el neuropsiquiatra publicó "Observaciones personales de psicopatías ocasionadas por la actual guerra europea"⁷⁴¹, trabajo en el que hace alusión al "pánico" en la población civil que había huido desde París. Dos años más tarde, en "Psicopatología de la guerra"⁷⁴², realizó una amplia descripción sobre la psicopatología bélica, área que generó un movimiento científico en Medicina mental, durante el año 1915, y del que España estuvo al margen.

⁷³⁵ Fernández Sanz, E. (1903f). Alcoholofilia. *La Correspondencia Médica*, 38, 2-3.

⁷³⁶ Salas y Vaca, J. (1902). Alcoholofobia. Al Dr. D. E. Fernández Sanz. *La Correspondencia Médica*, 37, 544-546.

⁷³⁷ Campos Marín, R. (1997). *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876-1923)*. Madrid: CSIC.

⁷³⁸ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 85.

⁷³⁹ Rey Jordá, E, Dualde Beltrán, F y Bertolín Guillén, J. M. (2006), pp. 122-128.

⁷⁴⁰ Fernández Sanz, E. (1915a). Contribución a la psiquiatría de la guerra. Comentarios al determinismo causal y a la sintomatología de las psicosis de origen bélico. *Revista Clínica de Madrid*, 13, 121-131.

⁷⁴¹ Fernández Sanz, E. (1915b). Observaciones personales de psicopatías ocasionadas por la actual guerra europea. *El Progreso de la Clínica*, 5, 170-178.

⁷⁴² Fernández Sanz, E. (1917a). Psicopatología de la guerra. *El Progreso de la Clínica*, 9, 100-119, 209-219.

A partir de mediados de la segunda década del siglo, se recogen varias publicaciones del psiquiatra madrileño sobre psiconeurosis como "Consideraciones generales sobre el concepto de Psiconeurosis y su clasificación práctica"⁷⁴³, "La acción moralizante de las psiconeurosis"⁷⁴⁴ y numerosos trabajos sobre diversas opciones terapéuticas. El director de Leganés publicó algunos artículos críticos sobre psicoanálisis entre 1914 y 1924, en los que aceptaba las aportaciones teóricas, pero lo rechazaba como práctica médica, cuestiones analizadas en el libro colectivo *Psicoanálisis en España (1893-1968)*⁷⁴⁵. También escribió diversas aportaciones sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas, terapéutica en pleno debate en la segunda década del siglo XX, dado el elevado riesgo de su aplicación⁷⁴⁶.

Fernández Sanz constituyó una figura de primer orden en todos los movimientos de demanda y reivindicaciones de cambios en la asistencia a los alienados que se dieron en España en la década de los años veinte y que serían la base para las futuras reformas republicanas. En 1918 pronunció el discurso inaugural del curso de la Sociedad Española de Higiene⁷⁴⁷, donde describió el lamentable estado de los manicomios españoles⁷⁴⁸ y, en 1921, presentó para su discusión en la Real Academia de Medicina un trabajo en el que analizaba el estado de los manicomios españoles, propugnando la creación de una Liga para la protección del enfermo mental que tuviera como objeto presionar a la administración⁷⁴⁹. Dos años más tarde se constituyó como integrante de la Junta directiva de la Sociedad Española de Higiene, de la

⁷⁴³ Fernández Sanz, E. (1924). Consideraciones generales sobre el concepto moderno de las Psiconeurosis y su clasificación práctica. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 52, 193-202.

⁷⁴⁴ Fernández Sanz, E. (1920c). La acción moralizante de la Psiconeurosis. *Boletín de la Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 52, 401-407.

⁷⁴⁵ Carles, F., Muñoz, I., Llor, C. y Marset, P. (2000). *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: AEN, pp. 33-42.

⁷⁴⁶ Villasante, O., Rey, A. y Martí Boscá, J.V. (2008). José María Villaverde: retrato de un desconocido. *Medicina e Historia*, 1-15, pp. 8-9.

⁷⁴⁷ La Sociedad Española de Higiene, fundada por el médico higienista Francisco Méndez Álvaro (1806-1883), fue inaugurada el 28 de febrero de 1882 con el objetivo de organizar una agrupación de sanitarios con ámbito nacional, en la que se discutieran los principales problemas que al respecto tenía el país, especialmente en la lucha contra las enfermedades contagiosas, la higiene industrial y alimenticia, así como intentar entablar relaciones con las autoridades sanitarias, ofreciendo colaboración. La Sociedad consiguió una gran aceptación, reuniendo en poco tiempo 22 socios honorarios, 147 numerarios, 247 correspondientes españoles y 60 extranjeros. Entre sus colaboradores se encontraban personalidades médicas como Ángel Pulido, Manuel Tolosa Latour y José Letamendi. Véase: Saiz Moreno, L. (1981). La Sociedad Española de Higiene (Un siglo al servicio de la Salud Pública). *Revista de Sanidad Higiene Pública*, 55, 1073 - 1100; Alcaide González, R. (1999). La introducción y el desarrollo del Higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* (15 de octubre de 1999).

⁷⁴⁸ Campos Marín, R. (2004). La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia*, 6 (1), 101-111.

⁷⁴⁹ Fernández Sanz, E. (1921d). La Reforma de los Manicomios españoles. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, tomo 401, 109-135. Posteriormente esta ponencia fue publicada en el *Siglo Médico*. Fernández Sanz, E. (1921a). Para más información sobre los movimientos de reforma puede consultarse: Campos Marín, R. (1995). Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931). *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, 199-217.

que fue vicepresidente⁷⁵⁰ y, en 1927, participó en la fundación de la Liga de Higiene Mental, dirigiéndola como presidente a partir de 1932⁷⁵¹.

En los años previos al estallido de la guerra civil sus publicaciones reflejaron este interés en la organización de la asistencia psiquiátrica y la higiene mental. Así mismo, coincidiendo con el comienzo del período republicano, su vicepresidencia en el Consejo Superior psiquiátrico⁷⁵² y su nombramiento como Inspector de los Manicomios Nacionales⁷⁵³, difundió, en 1931 "La función del Estado en la asistencia a los alienados"⁷⁵⁴.

Después de la guerra desapareció casi por completo la presencia de Fernández Sanz en las revistas científicas y, en el repertorio de Rey, la última publicación que consta es "La esquizofrenia en la infancia", divulgada en 1933⁷⁵⁵. Fue sometido a los procesos de depuración del Colegio de Médicos del año 1939, y tuvo que firmar, en abril de 1939, una declaración jurada en la que admitía que no se le había sustraído ningún material de estudio, no había sido perseguido y negaba, así mismo, haber pertenecido a ningún partido político antes del 18 de julio de 1936. Si afirmaba, no obstante, haber pertenecido a la C.N.T. desde el 6 de marzo de 1937 al 31 de octubre de 1937. Su conducta tuvo que ser avalada, como en otros casos, por dos médicos antes de ser readmitido y, el 22 de abril de 1939, la Comisión Gestora encargada del régimen y funcionamiento del Colegio de Médicos de Madrid aprobaba *"la extensión a Enrique Fernández Sanz del documento que restablecía sus derechos y el de identidad correspondiente"*⁷⁵⁶.

La actividad clínica de Fernández Sanz en el Manicomio de Santa Isabel⁷⁵⁷

El estudio de las diferentes letras y firmas aparecidas en los documentos clínicos hace pensar que este prestigioso neuropsiquiatra no trabajaba frecuentemente ni de forma diaria en la institución, al menos, su firma no aparece en las exploraciones de los pacientes, ni en

⁷⁵⁰ *Revista de sanidad militar*: (15 de noviembre de 1923), p.18.

⁷⁵¹ García del Real, E. (1933), p.588.

⁷⁵² *Ibidem*, p.588.

⁷⁵³ Real orden creando en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, el cargo de Inspector de los Manicomios Nacionales, y nombrando para el mismo a D. Enrique Fernández Sanz (13 de agosto de 1930). *Gaceta de Madrid*, 225, pp.1028-1029.

⁷⁵⁴ Fernández Sanz, E. (1931). La función del Estado en la asistencia a los alienados. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 34, 57-60.

⁷⁵⁵ Fernández Sanz, E. (1933a). No hemos podido encontrar ningún trabajo publicado durante la contienda. Su actividad en la Real Academia Nacional de Medicina reaparece a partir de 1940 con el discurso *Dos locos literarios: Hamlet y Don Quijote*, leído en la sesión celebrada el 29 de junio de 1940. Véase: *Catálogo de Sesiones Inaugurales de Curso Académico (1853-2002)*. (2003). Madrid: RANM, p.15. Posteriormente, se mantuvo activo en la Academia, tanto en la pronunciación de discursos como en la contestación a los de sus compañeros, hasta el momento de su fallecimiento en 1950.

⁷⁵⁶ Expediente colegial de Enrique Fernández Sanz. Archivo del ICOMEM.

⁷⁵⁷ Una primera aproximación al análisis de la población manicomial de esos años y a la labor desarrollada por Fernández Sanz en la institución antes de la guerra civil española puede consultarse en: Candela, R. y Villasante, O. (2011).

otros documentos administrativos. Es Aurelio Mendiguchía Carriche, el que, tras la marcha de Salas y Vaca, más frecuentemente aparece en los registros clínicos y administrativos, firmando como "Jefe en funciones" en numerosas ocasiones. Probablemente la labor de Fernández Sanz, durante esos años, estuvo más centrada en promover reformas asistenciales y legislativas e impulsar movimientos como el de Higiene mental, junto a otros colegas de dicha generación, que en el trabajo clínico en las salas del Manicomio Nacional.

Durante el periodo en el que el psiquiatra madrileño desarrolló la función de Jefe Facultativo "en funciones" del Manicomio (1924-1928) se realizaron considerables reformas en la institución promovidas por José Salas y Vaca⁷⁵⁸, entre las que destaca la implantación del Servicio de Laboratorio Clínico, del que se encargaría, como profesor agregado, el propio hijo de Fernández Sanz⁷⁵⁹.

El 3 de agosto de 1933, el entonces Jefe Facultativo del Manicomio, fue noticia en un reportaje propagandístico a propósito del asilo, difundido en el diario *La Libertad*⁷⁶⁰, crónica en la que se elogiaba la actividad de Fernández Sanz al frente de la institución. Entre otras cuestiones, se le atribuía la corrección de diversas carencias como la falta de calefacción, la insuficiente dotación de aguas, las instalaciones sanitarias, la asignación económica destinada a medicamentos, la escasez de personal facultativo, la falta de crédito para el laboratorio, la falta de clasificación "técnica" de los pacientes o la convivencia de niños y adultos. Tal y como hemos señalado, no se ha podido confirmar que existiese un departamento separado para los menores de edad hasta el último quinquenio de la década de los años veinte⁷⁶¹, como era concebido por el propio Fernández Sanz, en la ya citada "Taxonomía psiquiátrica y asistencia de los alienados"⁷⁶². A lo largo de los años que este neuropsiquiatra trabajó al frente de la institución, ingresaron, además de una niña diagnosticada de epilepsia degenerativa y un niño oligofrénico, ambos de 8 años⁷⁶³, otros 8 menores de 17 años⁷⁶⁴. Tampoco se ha podido comprobar la separación de los agitados y los furiosos, y la de los

⁷⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1929).

⁷⁵⁹ Salas y Vaca, J. (1929), pp.20 y 25.

⁷⁶⁰ *La Libertad*. (3 de agosto de 1933). Número 4173, p 9.

⁷⁶¹ Salas y Vaca, como hemos señalado, en su obra *Mejoras Realizadas en los servicios del Manicomio Nacional* aludía a la posibilidad de separar a "una agrupación de menores, anormales y psicópatas" tras la realización de obras en el pabellón de distinguidos. Salas y Vaca, J. (1929), p.22.

⁷⁶² Fernández Sanz, E. (1930b). Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 32, 29-32.

⁷⁶³ Historias clínicas XX-757 y XX-918. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁶⁴ Historias clínicas XX-766, XX-770, XX-785, XX-813, XX-839, XX-874, XX-903 y XX-921. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

sucios⁷⁶⁵, divididos a su vez por clases y sexos, tal y como Fernández Sanz defendía en su Taxonomía en 1930⁷⁶⁶.

Así mismo, en el citado reportaje de *La Libertad*, se informaba sobre la progresiva implantación que se estaba haciendo en el manicomio de la "Terapéutica por el trabajo"⁷⁶⁷ que habría de "*variar por completo, en el sentido más favorable, el aspecto del establecimiento*". El objetivo, según este diario, era conseguir que el 90% de los pacientes pudieran ser tratados con este método, señalando que ya se estaba tratando al 45% de la población manicomial⁷⁶⁸. No hay que olvidar que Fernández Sanz había publicado trabajos sobre los beneficios de la ocupación de los pacientes. En el primero de ellos, editado en 1914, describía esta terapéutica como, "*el empleo de la actividad psíquica del sujeto en un asunto determinado, previamente fijado por el médico y seguido con todo el rigor que debe presidir siempre a las psicoterapias*"⁷⁶⁹. En el ensayo de 1928 enumeraba las patologías mentales que, a su juicio, eran subsidiarias de ergoterapia, entre las que mencionaba las psiconeurosis, el neurosismo simple, la psicastenia, la depresión afectiva y la neurastenia⁷⁷⁰.

Entre los 287 pacientes que ingresaron desde junio de 1924 a la proclamación de la Segunda República (horquilla temporal de nuestro periodo de estudio en la que Fernández Sanz se hizo cargo de la institución como Jefe Facultativo en funciones o Jefe Facultativo propiamente dicho), no hemos registrado anotaciones en las historias clínicas que reflejaran el empleo de pacientes en tareas como parte del régimen de vida manicomial (si tomamos todos los pacientes ingresados en las tres primeras décadas del siglo XX, como veremos, los pacientes tratados con ergoterapia, según la información recogida en los expedientes clínicos, tan sólo ascienden a quince)⁷⁷¹. Hay que tener en cuenta que los datos de

⁷⁶⁵ Parece que los agitados y los sucios se encontraban en el mismo departamento tal y como revela el citado documento encontrado con el personal del servicio del día 20 de enero de 1927. Historia clínica XX-808. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁶⁶ El neuropsiquiatra contemplaba, además, otra separación entre los tranquilos, en función de la lucidez (así por ejemplo, lúcidos pensionistas varones, lúcidos pensionistas hembras, lúcidos gratuitos varones, lúcidos gratuitos hembras, tranquilos no lúcidos pensionistas varones...) hasta un mínimo de 16 pabellones, estructura que no fue posible en el Manicomio de Leganés. Véase: Fernández Sanz, E. (1930b).

⁷⁶⁷ Si bien hay referencias a tareas laborales realizadas por enfermos mentales desde el siglo XV, la teorización de la laborterapia llegó en 1918, momento en que Herman Simón publicó las normas científicas de la misma. Troppé, H. (2011). Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia, *Frenia*, 11, 27-46; Simón, H. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat editores. En esta obra, el autor establece las bases teóricas y prácticas de la utilidad del trabajo como forma de contrarrestar los efectos negativos del aislamiento institucional. Una aproximación a la obra de Herman Simón se puede consultar en: Hernández Merino, A. (2007). El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simón, Emili Mira i López. En R. Campos, O. Villasanté y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 145-159). Madrid: Frenia.

⁷⁶⁸ *La Libertad*. (3 de agosto de 1933). Número 4173, p 9

⁷⁶⁹ Fernández Sanz, E. (1914a).

⁷⁷⁰ Fernández Sanz, E. (1928). Los sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 28, 725-727.

⁷⁷¹ La terapéutica por el trabajo en el Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX se estudiará en el capítulo VI de esta tesis doctoral

tratamientos los hemos obtenido, en su mayoría, de las anotaciones evolutivas debido a que no hay ningún tipo de registro específico para la administración de terapéuticas durante nuestro periodo de estudio. Esta discrepancia entre lo publicado por el mentalista y los datos recogidos podría deberse al hecho de que no todos los tratamientos aplicados se dejaran reflejados en la historia clínica, tal y como ocurría en periodos posteriores de la institución como la posguerra⁷⁷². Por otra parte, a pesar de sus publicaciones al respecto, no se registra ningún paciente diagnosticado de psiconeurosis o neurosismo en los años de ejercicio de este neuropsiquiatra. Tan sólo hemos encontrado un enfermo diagnosticado de psicastenia (en el total de la muestra se registran otros dos casos más), que ingresó en junio de 1929 y sin que se refleje ningún tipo de tratamiento en la historia clínica⁷⁷³.

Fernández Sanz también se ocupó de los procesos esquizofrénicos y su relación con la psicosis maníaco-depresiva⁷⁷⁴ y de la ya mencionada "Esquizofrenia en la infancia"⁷⁷⁵, aunque en los diagnósticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés en nuestro periodo de estudio no se hallado ningún menor de edad esquizofrénico. Entre los pacientes se describen fases melancólicas, como la de aquella paciente de 22 años, internada el 29 de octubre de 1928 y descrita como de "*constitución débil, siempre enfermiza, propensa los catarros, tomado continuamente reconstituyentes*", en cuyo reconocimiento de entrada Mendiguchía anotó: "*fase melancólica de la psicosis de Kraepelin-tipo asténico de Kresmer (sic)*"⁷⁷⁶.

Entre la población que ingresó en el periodo en el que Fernández Sanz fue Jefe Facultativo, había un predominio de varones jóvenes, diagnosticados de esquizofrenia; percibiéndose una progresiva utilización de la nosografía kraepeliniana en detrimento de la francesa, hasta entonces preponderante. Así mismo, existe una reducción de aquellos diagnósticos relacionados con el degeneracionismo, tema sobre el que este neuropsiquiatra, a pesar de su amplia obra, no publicó. La evolución de los diagnósticos parece mostrar en el terreno clínico el cambio nosográfico que comenzaba a imperar en la neuropsiquiatría española de la tercera década del siglo XX. Establecido definitivamente en el año 1931, el Consejo Superior

⁷⁷² Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.199-200.

⁷⁷³ Historia clínica XX-936. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁷⁴ Fernández Sanz, E. (1929b). Sobre las relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniaco-depresivos. *Siglo médico*, 83, 73-75.

⁷⁷⁵ Fernández Sanz, E. (1933a).

⁷⁷⁶ Historia clínica XX-909. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Psiquiátrico dispuso la obligación de realizar estadísticas psiquiátricas de acuerdo a la clasificación germánica⁷⁷⁷.

El laboratorio y sus médicos: los Fernández Méndez

Tal y como hemos mencionado, uno de los hijos de Enrique Fernández Sanz trabajó como profesor agregado en el Manicomio Nacional⁷⁷⁸, donde se encargó del laboratorio clínico instaurado por su padre a partir del último quinquenio de los años veinte.

A pesar de que no figura como inscrito en el Colegio de Médicos de Madrid⁷⁷⁹, a finales de la década de los años veinte encontramos algunas referencias a la presencia de Enrique Fernández Méndez en la institución. En 1928, en un artículo sobre el establecimiento publicado en *El Heraldo de Madrid*, se menciona su figura como médico agregado integrante de la plantilla manicomial junto a los ya sabidos Salas y Vaca, Fernández Sanz, Mendiguchía y Martín-Vegué⁷⁸⁰, un año después sigue apareciendo en la prensa como facultativo de la institución⁷⁸¹, en 1930, editó como coautor junto a sus compañeros médicos de Leganés, el artículo ya mencionado publicado en *La Medicina Íbera*, "La piretoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis"⁷⁸² y, en febrero de 1935, aparece como parte del personal facultativo de la institución con el cargo de médico supernumerario auxiliar residente⁷⁸³.

Enrique Fernández Méndez, primogénito de Fernández Sanz, nació en Madrid el 25 de noviembre de 1900⁷⁸⁴. Obtuvo el grado de Bachiller en el Instituto Cardenal Cisneros el 17 de junio de 1916 con la calificación de sobresaliente en los dos ejercicios⁷⁸⁵. Realizó los estudios de la licenciatura en Medicina y cirugía entre los años 1917 y 1924, en la Facultad de Medicina

⁷⁷⁷ Candela, R. y Villasante, O. (2011). En el capítulo V de este trabajo se realizará un estudio más detallado de los diagnósticos de los pacientes que ingresaron en el manicomio en nuestro periodo de estudio.

⁷⁷⁸ Enrique Fernández Sanz tuvo cuatro hijos: Enrique, Ángel, Concepción y Luis Fernández Méndez. *ABC* (20 de febrero de 1922), p.17.

⁷⁷⁹ A partir de mayo de 1917 se estableció la colegiación obligatoria. En los estatutos de los Colegios oficiales de médicos aprobados en 1925 se disponía que "el Médico que no solicite la colegiación dentro del plazo señalado en estos Estatutos, y no justifique debidamente la causa de no haberlo hecho, incurrirá en la sanción correspondiente, que le será impuesta por la Autoridad competente". Véase la Real orden disponiendo que en el plazo máximo de treinta días se conviertan los Colegios Médicos oficiales existentes en Colegios provinciales con carácter obligatorio, y que en las provincias donde no existen los Colegios oficiales constituidos se proceda en el indicado plazo a la constitución de los expresados Colegios con el carácter de provinciales obligatorios. (29 de mayo de 1917). *Gaceta de Madrid*, 149, p. 535; Real decreto aprobando los nuevos Estatutos de los Colegios oficiales de Médicos. (5 de abril de 1925). *Gaceta de Madrid*, 95, pp. 106-109 y Albarracín Teulón, A. (2000), pp.135-143 y 236-243.

⁷⁸⁰ *El Heraldo de Madrid*. (10 de febrero de 1928), p.8.

⁷⁸¹ *La Libertad*. (11 de junio de 1929), p.1.

⁷⁸² Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930), pp.205-207.

⁷⁸³ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/02506.

⁷⁸⁴ Expediente de alumno de Enrique Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. P-491, 47 (1).

⁷⁸⁵ En su Expediente de alumno del Archivo Histórico Nacional, además de su expediente académico del grado de bachiller correspondiente a los años 1910-1916, tan solo se halla una certificación académica personal de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central con los resultados académicos de las asignaturas de Física General (aprobado), Química General (sobresaliente), Mineralogía y botánica (aprobado) y zoología general (sobresaliente) en el curso 1916/17. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5540, 11.

de la Universidad Central (Anexo 9)⁷⁸⁶, donde accedió a la plaza de alumno interno en el laboratorio de fisiología⁷⁸⁷, desde al menos 1919 y hasta 1923⁷⁸⁸, momento en que solicitó la dimisión. Inicialmente recibía una remuneración de 500 pesetas anuales, si bien esta se vio aumentada al doble a partir de septiembre de 1920 en virtud de la Real Orden publicada el 22 de agosto de 1920⁷⁸⁹. Es probable que tras la dimisión de este cargo, comenzara a trabajar en el Manicomio de Leganés al frente del laboratorio, que había sido implementado por su propio padre en la década de los años veinte⁷⁹⁰, y que permaneciera en la institución durante el primer quinquenio de los años treinta⁷⁹¹, hasta noviembre de 1936, momento en que tras iniciarse la guerra civil española, abandonaría el Manicomio al igual que hizo su padre⁷⁹². Una vez finalizada la contienda volvemos a encontrar referencias a la presencia de Fernández Méndez en la Institución⁷⁹³, si bien no se establece con claridad si se trata de Enrique Fernández Méndez, o de su hermano, Ángel Fernández Méndez, sobre el que trataremos a continuación.

⁷⁸⁶ Expediente de alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211, 15.

⁷⁸⁷ La posibilidad de opositar a plaza de alumno interno en la Facultad de Medicina de la Universidad Central estaba ya contemplada en el Reglamento Interior de la Universidad Central de 1853. En el citado reglamento se disponía la presencia de cuatro plazas de alumnos de la asignatura de Escultura Anatómica que se proveían por oposición entre los alumnos de la facultad que, entre otros requisitos, fueran mayores de 17 años y hubieran ganado y aprobado los dos primeros cursos de la Facultad de Medicina con nota de sobresaliente. Así mismo, estaban reguladas las plazas de alumnos internos para las Clínicas de la Facultad de Medicina, las cuales, también estaban previstas para concursantes de 3º y hasta 6º año de la carrera que hubieran cumplido los 18 años y hubieran obtenido sobresaliente en los exámenes ordinarios de todos los años de dicha facultad. Véase: Martínez Neira, M. (2009). El reglamento interior de la Universidad Central de 1853. *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija de Estudios sobre la Universidad*, 12 (1), 53-104, pp. 85 y 88. Sobre la Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid se puede consultar: Albarracín Teulón, A. (1998). La Facultad de Medicina de Madrid (1843-1967). En J. Danón (ed.). *La Enseñanza de la Medicina en las Universidades españolas* (pp.31-54). Barcelona: Fundación Uriach 1838.

⁷⁸⁸ El 1 de noviembre de 1919 se le nombró como alumno interino de la asignatura de fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central con una gratificación anual de 500 pesetas. Tan sólo dos meses más tarde fue cesado de este puesto y, el 1 de enero de 1920 fue designado alumno interno del Hospital Clínico San Carlos en virtud de oposición y con la misma remuneración "con arreglo a lo prevenido en la instrucción de 10 de diciembre de 1851 y Real Decreto de 28 de noviembre de 1851". Nueve meses después volvía a figurar su nombramiento como alumno interno interino de la asignatura de fisiología, plaza de la que dimitió a principios de 1923. Expediente de alumno de Enrique Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: P-491, 47 (1).

⁷⁸⁹ Real orden confirmando en sus cargos, con la remuneración anual de 1.000 pesetas, a los alumnos internos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, que se mencionan. (22 de agosto de 1920). *Gaceta de Madrid*, 235, p. 715.

⁷⁹⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.25.

⁷⁹¹ En el Archivo General de la Administración se conservan unas nóminas del personal del asilo correspondientes a febrero de 1935 en las que Enrique Fernández Méndez figura como médico supernumerario auxiliar residente con un sueldo asignado de 2500 pesetas anuales. Archivo General de la Administración. Legajo: 44/02506.

⁷⁹² En Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). Anexo II se puede consultar una comunicación que Mendiguchía dirigió al Servicio Nacional de Beneficencia, cuando era Jefe facultativo del Manicomio, señalando que "El director Facultativo, el encargado del laboratorio y el medico agregado, marcharon en los primeros días del movimiento a Madrid dejando de prestar sus servicios".

⁷⁹³ Conseglieri Gámez, A. (2013). Anexo 2.

ALUMNO

D. Enrique Fernández
Méndez de 20 años.
Natural de Madrid
Provincia Madrid
Domicilio Felipe IV num. 5

Firma del Alumno,
Enrique Fernández

Padre o encargado en Madrid
D. Enrique Fernández
Sanz
que habita en Madrid
Felipe IV num. 5
Madrid 14 de Mayo de 1921

Figura 20. Ficha personal de Enrique Fernández Méndez, 1921. Fuente: Expediente de alumno de medicina de Enrique Fernández Méndez-AGUCM M-211, 15

La ausencia de un expediente en el Colegio de Médicos de Madrid, a pesar de que la colegiación era obligatoria desde el año 1917, nos ha llevado a plantearnos la cuestión de que las referencias que hemos encontrado acerca de Enrique Fernández Méndez fueran en realidad atribuibles-debido a una errata de impresión en relación al nombre de su padre, Enrique Fernández Sanz- a su hermano Ángel Fernández Méndez, hijo también de Enrique Fernández Sanz y del que si hay evidencias contrastadas de su labor como médico en la institución, o al hecho de que aunque estuviera licenciado en Medicina y Cirugía, no ejerciera como clínico.

Ángel Fernández Méndez (1903-1991)⁷⁹⁴, médico nacido en Madrid el 8 de febrero de 1903⁷⁹⁵, obtuvo el grado de bachiller en el Instituto Cardenal Cisneros en 1919 cuando contaba con 16 años de edad⁷⁹⁶ y la licenciatura en medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en 1927⁷⁹⁷ con unos resultados brillantes y numerosas matrículas de honor (Anexo 10), entre las que destaca la de la asignatura de Historia Crítica de la Medicina en el curso 1927/28⁷⁹⁸, siendo su padre en ese momento profesor auxiliar numerario del mismo departamento.

El 9 de octubre de 1929 solicitó su inscripción en el Colegio de Médicos de Madrid⁷⁹⁹, al haber sido nombrado médico agregado de la Beneficencia General como ayudante-jefe en una consulta gratuita de enfermedades nerviosas y mentales del Hospital de la Beneficencia General, cargo que seguía desempeñando en 1933⁸⁰⁰. Además de asistir en la mencionada consulta, fue Médico numerario de la Asociación Médico-Quirúrgica Española y, a 18 de julio de 1936, desempeñaba la actividad clínica como Médico agregado de la Beneficencia General con destino en el Hospital Jesús Nazareno⁸⁰¹. Ángel Fernández Méndez estuvo en activo hasta enero de 1937, momento en que se dio de baja por enfermedad *"para no contribuir en nada al estado rojo" y "evitar ser llamado a prestar servicio militar"*, logrando obtener el "certificado de inutilidad total"⁸⁰². El 1 de abril de 1939⁸⁰³ se volvió a inscribir en el Colegio de Médicos y, desde ese momento, desarrolló la asistencia clínica hasta su fallecimiento el 24 mayo de 1991⁸⁰⁴.

⁷⁹⁴ Ibídem, p.69.

⁷⁹⁵ Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM. En marzo de 1941 se cambió los apellidos de Ángel Fernández Méndez a Ángel Fernández-Sanz Méndez, si bien, para evitar confusiones con los apellidos de su padre, hemos optado por citarle por sus apellidos originales.

⁷⁹⁶ En su expediente personal conservado en el Archivo Histórico Nacional se conserva una certificación académica de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central correspondiente al curso académico 1919/20 con las asignaturas de Física General (Notable), Química General (Sobresaliente-Matrícula de Honor), Mineralogía y botánica (sobresaliente-Matrícula de Honor) y Zoología General (sobresaliente-Matrícula de Honor). Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades, 5540, 9.

⁷⁹⁷ En enero de 1923 solicitó acceder a la plaza de médico interno con destino en el Hospital Clínico San Carlos en la convocatoria de 13 de diciembre de 1928. Expediente de profesor de Ángel Fernández Méndez. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁷⁹⁸ Expediente de alumno de Ángel Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211,9.

⁷⁹⁹ En una misiva dirigida al Presidente del Colegio de Médicos señalaba no haber ejercido antes *"haciéndolo ahora por primera vez"*. Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

⁸⁰⁰ La consulta, a la que acudía los miércoles y sábados de 9:30 a 11 horas de la mañana, estaba situada en la Calle de Alberto Aguilera, en Madrid. Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

⁸⁰¹ Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

⁸⁰² Ibídem.

⁸⁰³ Ese mismo mes firmó una declaración jurada como parte del proceso de depuración al que fue sometido en la que afirmaba pertenecer al sindicato de sanidad C.N.T. desde octubre de 1937, por el que pagaba 4.20 pesetas mensuales y a La Falange desde marzo de 1938. Explicaba así mismo que, en agosto de 1936, se le había prohibido la entrada al hospital en el que trabajaba por *"ser sospechoso de significación derechista"* y se le había retirado el sueldo que recibía como profesor auxiliar de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, tras haber sido nombrado en 1934. Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

⁸⁰⁴ ABC (26 de mayo de 1991), p.130. El 28 de junio de 1991 se tramitó la baja del Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

El 19 de septiembre de 1934 fue nombrado⁸⁰⁵, a propuesta del Catedrático de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, Eduardo García del Real, como ayudante temporal del departamento de Historia de la Medicina, remunerado con 3150 pesetas anuales⁸⁰⁶. Varios años más tarde, en 1943, tras ser propuesto como profesor auxiliar temporal para la Cátedra de Historia de la Medicina, se incrementó su sueldo hasta 5000 pesetas anuales⁸⁰⁷.

Ángel Fernández Méndez accedió al Manicomio de Leganés en 1943⁸⁰⁸, como médico auxiliar residente por oposición, y seis años más tarde se hizo cargo del departamento de hombres tras la jubilación de Antonio Martín-Vegué⁸⁰⁹. Durante su ejercicio como facultativo en el Manicomio Nacional, que se prolongó hasta su fallecimiento en 1991⁸¹⁰, publicó una aproximación histórica del asilo⁸¹¹. En este breve artículo, que firmaba con Valentín Conde, Fernández Méndez resaltaba las mejoras realizadas en la institución desde su fundación, poniendo el énfasis en la progresiva formación psiquiátrica de los médicos del manicomio.

Si, como hemos visto, en los primeros años del siglo XX Santa Isabel tan solo contaba con un Jefe Facultativo, con escasa formación en la disciplina de las enfermedades mentales, ayudado de forma circunstancial por un médico auxiliar, la especialización y el número de clínicos se incrementarían hasta un total de cinco médicos a finales de la década de los años veinte, colocando a Leganés entre las instituciones psiquiátricas públicas españolas mejor dotadas en cuestión de personal. A pesar de esto, es evidente la importancia otorgada a las religiosas en el establecimiento, que además de suponer un peso importante en el cuidado de los pacientes, se ocuparon de la gestión y administración del establecimiento llegando a

⁸⁰⁵ Un año antes de esta designación, el 24 de abril de 1933, pronunció la conferencia "La neurología en la segunda mitad del siglo XIX" en la cátedra de Historia de la medicina de la Universidad Central, cuando aún desempeñaba el cargo de ayudante-jefe de la consulta de enfermedades nerviosas y mentales del Hospital de la Beneficencia General. Véase: Fernández Méndez, Á. (1933). La neurología en la segunda mitad del siglo XIX. En: *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina. Tomo II. Curso 1932-1933* (pp.55-72). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.

⁸⁰⁶ El nombramiento era por dos años y se podía prorrogar otros dos años más. En el mismo momento fue designado también como ayudante para el mismo departamento Eduardo García del Real y González, este último con el haber anual de 3600 pesetas. Expediente personal de Ángel Fernández Méndez. Archivo Histórico del Servicio de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁸⁰⁷ En enero de 1952, tras haber sido nombrado por Orden ministerial de 16 de noviembre de 1951 para el desempeño, como encargado y con carácter provisional, de la plaza de Profesor adjunto correspondiente a la enseñanza de "Historia de la Medicina" de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, se notificó que no había podido tomar posesión del cargo por no reunir los requisitos exigidos en el apartado 5º de la Orden ministerial de 4 de julio de 1951 (BOE del 10). Expediente personal de Ángel Fernández Sanz Méndez. Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

⁸⁰⁸ El 13 de abril de 1943 fue propuesto por el tribunal de oposiciones como médico auxiliar residente, y al final de la década, con las modificaciones presupuestarias aumentó su sueldo de 3500 pesetas a 6000 pesetas anuales y pasó a ser médico supernumerario residente. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.69.

⁸⁰⁹ *Ibidem*, p.69. Veinte años más tarde, estando aún en Leganés, se le reconoció el Título de especialista en psiquiatría al haber "justificado que reúne las condiciones determinadas en la Ley de 20 de junio de 1955". Expediente colegial de Ángel Fernández Méndez. Archivo del ICOMEM.

⁸¹⁰ *Ibidem*.

⁸¹¹ Fernández-Sanz, Á. y Conde, V. (1969). En este trabajo, el autor firma ya con el primer apellido de Fernández-Sanz que, como se ha comentado, se cambió en 1941.

promover numerosas obras y mejoras, especialmente en las dependencias destinadas a la Comunidad de las hermanas. Además, se incrementó de forma modesta la dotación de subalternos y, en 1924, se contaba con un "enfermero" por cada seis asilados, proporción que a pesar de ser inferior a lo recomendado por Fernández Sanz, era mayor al de otras instituciones, cuestión señalada por Salas y Vaca. Precisamente este Jefe Facultativo promovió durante su ejercicio numerosas reformas que intentaron elevar el nivel científico del establecimiento. En el capítulo III de esta tesis se analiza la figura de este neuropsiquiatra, de gran relevancia en el desarrollo del Manicomio en el primer tercio del siglo XX.

CAPÍTULO III

JOSÉ SALAS Y VACA (1877-1933): JEFE FACULTATIVO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS

JOSÉ SALAS Y VACA (1877-1933): JEFE FACULTATIVO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS	193
SALAS Y VACA: ENTRE LA MEDICINA Y LA POLÍTICA	196
De Andalucía a Madrid: la llegada de Salas y Vaca a la capital.....	196
La incorporación de Salas y Vaca al Manicomio Nacional.....	203
De la monarquía alfonsina a la dictadura.....	209
LA PRODUCCIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA DE SALAS Y VACA	217
De la neurología a la psiquiatría.....	217
Psicosis epilépticas, histéricas y paranoicas familiares	221
LOS DEGENERADOS DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS	224
La teoría de la degeneración en Salas y Vaca: <i>Los Degenerados en Sociedad</i>	224
Las psicosis de los degenerados: entre el delirio y la esquizofrenia	227
Degeneración y escritura en el Manicomio	230
La herencia como base de la degeneración y la ausencia de estigmas físicos en los pacientes de Leganés	234
Degeneración y delincuencia: la locura moral.....	237
La lucha médica y social de Salas contra la degeneración: la educación sanitaria.....	240
SALAS Y VACA COMO REFORMADOR.....	242
<i>Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados</i> (1920): un proyecto inconcluso.....	243
El gabinete de electroterapia y la inauguración del laboratorio	247
La apertura del Manicomio a la enseñanza.....	252
LAS VOCES DE LA LOCURA: ESCRITURA Y SUBJETIVIDAD EN EL MANICOMIO DE SANTA ISABEL DE LEGANÉS.....	256
El interés psicopatológico de los escritos de los locos	257
El poder de las familias en la decisión del internamiento.....	259
Locos escritores y la narrativa del internamiento	262
Una institución con carencias: el discurrir diario manicomial	265
Un establecimiento más benéfico que asistencial: “los médicos no cumplen su deber”	267

El estudio del Manicomio de Leganés no se puede abordar sin la figura de José Salas y Vaca, un médico que fue una pieza fundamental durante la segunda y tercera décadas del siglo XX. En el anterior capítulo nos hemos aproximado al resto de los médicos y empleados de la institución para conocer a aquellos que estaban al frente del cuidado, vigilancia y tratamiento de los verdaderos protagonistas de nuestro trabajo: la población manicomial, que abordaremos en el capítulo IV.

En las siguientes páginas nos ocuparemos de este neuropsiquiatra, que ejerció la jefatura del Manicomio desde abril de 1911 hasta diciembre de 1929 y, además de las historias clínicas escritas por él, utilizaremos tanto sus monografías como los artículos publicados en revistas científicas y los diversos trabajos de divulgación que difundió en la prensa de la época, dado que constituyen fuentes de gran valor historiográfico. Si bien principalmente interesa su labor clínica en la institución y el análisis de una significativa producción escrita, primero detallaremos algunos eventos biográficos de Salas y Vaca y su nada desdeñable vertiente política como gobernador de varias provincias españolas. Dado que, hasta el momento, no se ha publicado una biografía sobre este médico, hemos aprovechado la oportunidad de contactar con sus descendientes que han contribuido con datos y testimonios. A pesar de que los familiares no contaban con material clínico, ni de su consulta privada, ni de la asistencia en el Manicomio Nacional, si nos han mostrado documentos personales como cartas, fotos u objetos conservados en la finca "La Retamosa" (Montilla, Córdoba), donde Salas residió y, en la actualidad, propiedad de Dña. María del Carmen Jiménez-Alfaro y Salas, nieta del facultativo de Leganés⁸¹².

⁸¹² Queremos agradecer la inestimable disponibilidad y ayuda de Antonio Luis Jiménez Barranco al facilitar el contacto con Dña. María del Carmen Jiménez-Alfaro y Salas, Condesa de Prado Castellano. Este montillano, que trabaja en la Fundación Biblioteca Manuel Ruiz Luque, muy interesado por el estudio de la historia de la citada población cordobesa, entre la que cobra especial relevancia la figura de Salas y Vaca, nos acompañó en un viaje a la finca de "La Retamosa", donde tanto él como la nieta del neuropsiquiatra nos mostraron y cedieron los documentos personales de José Salas. Se puede consultar el blog sobre Montilla, elaborado por Jiménez Barranco en: <http://perfilesmontillanos.blogspot.com.es/>

SALAS Y VACA: ENTRE LA MEDICINA Y LA POLÍTICA

De Andalucía a Madrid: la llegada de Salas y Vaca a la capital



Figura 1. José Salas y Vaca. Fuente: Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca

José Salas y Vaca nació en Montilla (Córdoba), el 20 de marzo de 1877 en el domicilio donde vivían sus padres, situado en el número 3 de la Calle San Fernando (Anexo 11)⁸¹³. Realizó los estudios de educación primaria en el Colegio de San Francisco Solano en su ciudad natal y, en 1889, superó con éxito los exámenes para continuar la formación en el Instituto provincial de Cabra⁸¹⁴. Salas provenía de una familia "hacendada", según consta en su acta bautismal (Anexo 12)⁸¹⁵, y *"algo pudiente en la que los títulos académicos fueron para la mayoría de sus individuos adornos de vitrina"*⁸¹⁶. Tres años más tarde, en 1892, obtuvo el grado de bachiller con calificación de aprobado en los dos ejercicios y, al año siguiente, muy probablemente alentado por sus padres⁸¹⁷, realizó los estudios preparatorios (Ampliación de física, Química general. Mineralogía y botánica, Zoología, Francés y Alemán) para el ingreso en la Facultad de Medicina de Cádiz, adscrita a la Universidad de Sevilla⁸¹⁸. Entre los años 1894 y 1899 realizó la licenciatura en Medicina y Cirugía en la citada Facultad con resultados brillantes, premios y menciones honoríficas⁸¹⁹ (figura 2) y, en octubre de 1899, verificó los estudios de dicha licenciatura con la calificación de sobresaliente⁸²⁰. Si bien en los años 1897 y 1898 obtuvo el cargo de alumno interno pensionado por oposición, a partir de abril de 1899, solicitó seguir con los estudios por enseñanza libre, continuando así el resto de la licenciatura.

⁸¹³ Certificación literal del Acta de Nacimiento de José Salas y Vaca. Sección 1ª del Registro Civil de Montilla (Córdoba). Tomo 13, p. 53. En este documento se pueden ver todos los nombres asignados al médico: José Agustín Benito de los Dolores. Si bien en la mayoría de las fuentes Salas firmaba con los apellidos de "Salas y Vaca", hemos encontrado referencias a los apellidos "Salas y Cabeza de Vaca" en una esquila de su fallecimiento conservado en el fondo personal familiar del facultativo.

⁸¹⁴ *Diario de Córdoba*. (8 de junio de 1889). Año XL, número 12032, p.3.

⁸¹⁵ Acta de Bautismo de José Salas y Vaca. Archivo Parroquial de Santiago de Montilla (Córdoba). Libro de bautismos 99, folio 267, número 551.

⁸¹⁶ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸¹⁷ El propio Salas, en una entrevista, refería que sus padres habían estimulado su interés académico. *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸¹⁸ El título de bachiller fue expedido por el Rectorado de la Universidad de Sevilla el 13 de diciembre de 1893. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152,11.

⁸¹⁹ Sus méritos fueron objeto de interés para la prensa local Así, en 1896 se publicaba que había obtenido premio en la asignatura de Técnica anatómica y, en 1899, era noticia su titulación de licenciado. *Guía de Sevilla, su provincia*. (1896), p.173 y *El defensor de Córdoba*. (30 de noviembre de 1899). Año I, número 75, p.3.

⁸²⁰ El título de licenciado fue expedido el 3 de abril de 1900. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152, 11. Obtuvo la calificación de "Apto", "Aprobado" y "Sobresaliente" en los tres Ejercicios del Grado de Licenciado. Se puede consultar: Expediente de alumno. Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz. Legajo: 162. Dpldo-13.

ap 11 Enero 1904



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN ACADÉMICA OFICIAL

Certificación académica oficial

CURSO DE 1900 A 1901

NÚM. 11

EXTRACTO del Expediente Académico de D. *José Salas y Vaca* natural de *Montilla* provincia de *Córdoba* de *23* años de edad.

Verificó los ejercicios del GRADO DE BACHILLER en el Instituto de *Sevilla* el *17* de *Junio* de *1892*, con la calificación de *Aprobado* en el primero y *Aprobado* en el segundo, habiéndosele expedido el TÍTULO correspondiente con fecha *13* de *Septiembre* de *1893*, autorizado por el Sr. Rector de la Universidad de *Sevilla*.

ASIGNATURAS DE LA FACULTAD	Matriculado en el curso de	En la Universidad de	Se examinó en	CALIFICACIÓN EN LOS EJERCICIOS		Premios y Observaciones
				Ordinarios	Extraordinarios	
Estudios preparatorios						
Ampliación de Física	1893-94	Sevilla	Calderín	Nota	"	Excmo. de junio
Química general	10	id	id	Aprobado	"	id de id
Mineralogía y Botánica	10	id	Granado	Aprobado	"	id de id
Zoología	10	id	id	Aprobado	"	id de id
Francés	1893-94	id	id	Aprobado	"	"
Alemán	1893-94	id	id	Aprobado	"	Excmo. de junio
Licenciatura						
Anatomía descriptiva y Embriología.—Primer curso	1894-95	id	id	Aprobado	"	"
Histología e Histoquímica normales	10	id	id	Aprobado	"	"
Técnica anatómica.—Primer curso	10	id	id	Aprobado	"	Promer
Anatomía descriptiva y Embriología.—Segundo curso	1895-96	id	id	Aprobado	"	"
Técnica anatómica.—Segundo curso	10	id	id	Aprobado	"	Promer
Fisiología humana teórica y experimental	10	id	id	Aprobado	"	"
Higiene privada	10	id	id	Aprobado	"	"
Patología general	1895-96	id	id	Aprobado	"	"
Terapéutica	10	id	id	Aprobado	"	Promer
Anatomía patológica	10	id	id	Aprobado	"	"
Patología quirúrgica	1897-98	id	id	Aprobado	"	"
Patología médica	10	id	id	Aprobado	"	Mención
Obstetricia y Ginecología	10	id	id	Aprobado	"	"
Anatomía topográfica y medicina operatoria con su clínica	10	id	id	Aprobado	"	Mención
Clínica quirúrgica.—Primer curso	1898-99	id	id	Aprobado	"	Excmo. de junio
Clínica médica.—Primer curso	10	id	id	Aprobado	"	id de id
Clínica de Obstetricia y Ginecología	10	id	id	Aprobado	"	id de id
Curso de las enfermedades de la infancia con su clínica	10	id	id	Aprobado	"	id de id
Clínica quirúrgica.—Segundo curso	10	id	id	"	"	Mención de Aprob.
Clínica médica.—Segundo curso	10	id	id	"	"	Mención de id
Higiene pública	10	id	id	"	"	Aprobado de id
Medicina legal y Toxicología	10	id	id	"	"	Notable id de id
Asignaturas repetidas						
Repitió los ejercicios de la Licenciatura en esta Facultad en los días <i>13 y 18</i> de <i>Octubre</i> de <i>1899</i> , con calificación de <i>Notable</i> saliente y se le expidió el título correspondiente en <i>3</i> de <i>Abril</i> de <i>1900</i> .						

CERTIFICO la exactitud de estos datos conforme con los documentos originales que obran en la Secretaría de mi cargo, y a petición del interesado remito esta certificación al Sr. Rector de la Universidad de *Sevilla*.

El Secretario, *Manuel Encinas*

El Oficial del Negociado, *José Gordo*

En *Sevilla*, a *11* de *Enero* de *1904*.

Número total de asignaturas aprobadas que constan en esta Certificación: *23*

Verdadero y legítimo

Papelería Sevillana Sierpes 51, Sevilla.

Figura 2. Expediente de alumno de la Licenciatura en Medicina y Cirugía de José Salas y Vaca. Fuente: Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152, 11

A pesar de que, según expresó el propio Salas, pretendía permanecer en Córdoba⁸²¹, a principios del año 1900 se trasladó a Madrid⁸²² para estudiar el doctorado, al negársele participar en las oposiciones a la Beneficencia Provincial de la ciudad andaluza⁸²³. Al año siguiente de instalarse en la capital logró el título de Doctor⁸²⁴, con la tesis *Contribución al estudio de la parálisis facial*⁸²⁵ (figuras 3 y 4), trabajo que, seguramente, sirvió de base a "Trofoneurosis facial", presentada en la sección de Neurología del XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid del 23 al 30 de abril de 1903⁸²⁶. Al igual que en la licenciatura, el facultativo montillano destacó también en los estudios de doctorado, merecedores del premio extraordinario⁸²⁷, que le permitieron optar al grupo de los profesores ayudantes del Hospital Clínico⁸²⁸.

⁸²¹ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸²² En el Expediente de alumno de la Facultad de Medicina de Cádiz consta que el 5 de mayo de 1900 solicitó el título de Licenciado desde Madrid para poder matricularse en el Doctorado. Posteriormente tramitó la matrícula en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en las asignaturas de antropología, análisis químico, historia crítica de la medicina y ampliación de higiene para ser examinado y así "dar validez académica en el presente curso a los estudios que tiene hechos libremente para la Facultad de Medicina". Expediente de alumno. Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz. Legajo: 162. Dpldo-13 y Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152,11.

⁸²³ En una entrevista realizada para el diario *España Médica*, en 1930, Salas explicaba que esta negativa se debía a que se exigía una edad mínima de 23 para opositar y él tan solo contaba con 20 años de edad. *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸²⁴ El logro de esta titulación también fue noticia en la prensa local de su provincia natal. *El defensor de Córdoba*. (27 de marzo de 1901). Año III, número 465, p.1.

⁸²⁵ Salas y Vaca, J. (1901a) *Contribución al estudio de la parálisis facial*. Montilla: Imprenta M. de Sola Torices. En el Expediente de alumno conservado en el Archivo Histórico Nacional se puede consultar un ejemplar manuscrito de su tesis doctoral. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152,11.

⁸²⁶ Salas y Vaca, J. (1903a). *Trofo-neurosis facial*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Ángel B. Velasco. En la Real orden disponiendo se autorice a los Médicos del Cuerpo de Sanidad exterior y del de baños para que puedan asistir al XIV Congreso internacional de Medicina. (12 de abril de 1903). *Gaceta de Madrid*, 102, p.143, se autoriza a la asistencia a este congreso a los médicos pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Exterior y del Cuerpo de Baños.

⁸²⁷ También se le concedió, cuando estaba recién doctorado, uno de los tres premios que *La Correspondance Médicale*, de París, concedía a médicos españoles. *El defensor de Córdoba*. (7 de febrero de 1902). Año IV, número 724, p.1.

⁸²⁸ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

Figura 3. Título del Grado de Doctor y portada de la tesis doctoral de José Salas y Vaca. Fuente: Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152, 11

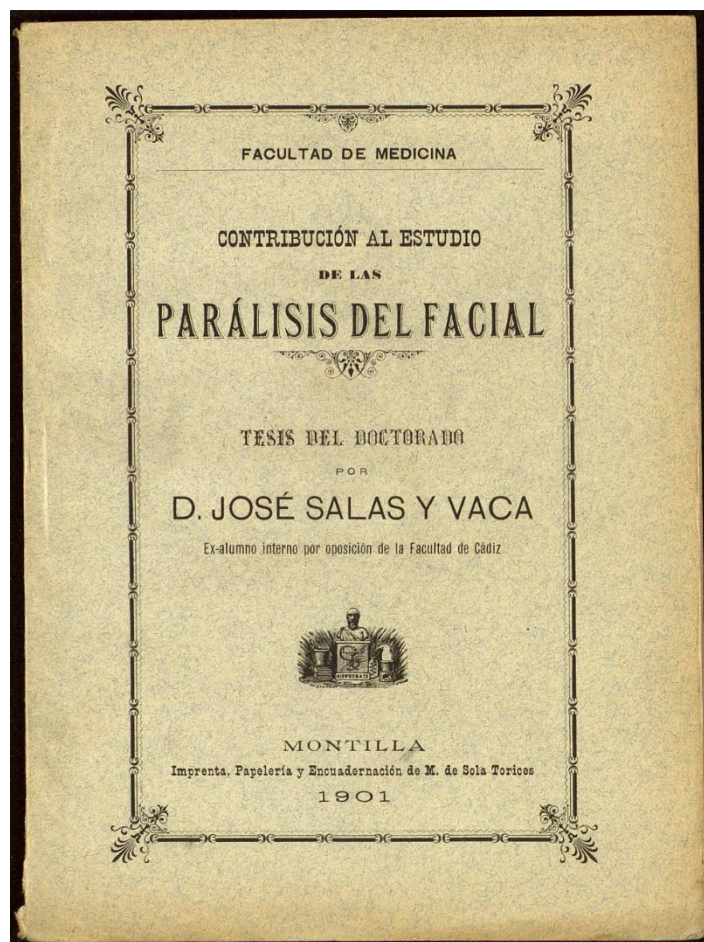


Figura 4. Portada de la tesis de José Salas y Vaca. Fuente: Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5152, 11

En febrero de 1902 solicitó la admisión en el Colegio de Médicos de Madrid (figura 5), donde se colegió un mes más tarde con el número 1109⁸²⁹. Tan solo un año después impartió, junto a otros médicos de la esfera madrileña como Ángel Pulido Fernández y Bernabé Malo de Poveda (1844-1927)⁸³⁰, una conferencia en la que expuso las causas y el tratamiento de la neurastenia⁸³¹. En dicha disertación se mostró a favor de la labor que realizaba el Colegio, definitivamente creado en el Real Decreto de 12 de abril de 1898⁸³², y que consideraba el *“medio que habría de llevarnos a la dignificación de la clase, logrando un lugar más alto en la sociedad”*⁸³³.

⁸²⁹ Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁸³⁰ Bernabé Malo de Poveda (1844-1927) fue un tisiólogo especializado en las enfermedades torácicas y, concretamente en la tuberculosis. Escamilla Cid, A. (2013). *D. Bernabé Malo de Poveda Ecija: benefactor de Montalbo*. Cuenca.

⁸³¹ Albarracín Teulón, A. *Historia del Colegio de Médicos de Madrid*. Madrid: ICOMEM, pp.57 y 84; Salas y Vaca, J. (1903b). La neurastenia, sus causas y tratamiento. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 60, pp. 361-370; 401-413; 441-459.

⁸³² Reales decretos aprobando los estatutos para el régimen del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos. (15 de abril de 1898). *Gaceta de Madrid*, 105, pp. 195-196.

⁸³³ Salas y Vaca, J. (1903b).

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

D. José Salas y Vaca Médico-Cirujano con ejercicio, establecido en Madrid, calle de San Felipe Neri núm. 4 cuarto 2º Partido judicial de _____

suplica se le inscriba en el Colegio de Médicos de la provincia de Madrid, á cuyo fin manifiesta que su título de Licenciado fué expedido con fecha tres de Abril de 1894 y el de Doctor con la de 28 Septiembre de 1904. La cédula de vecindad fué expedida en Madrid (Chamela) con el núm. 2212 clase 14ª

Desempeña el cargo de Med. del Col. de 1ª de 1ª desde la fecha de 19 de Julio de 1901

Gracia que espera merecer de V.; cuya oída guarde Dios muchos años.

Madrid 28 de Febrero de 1902

El interesado,

José Salas y Vaca

Sr. Presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Madrid.

Figura 5. Solicitud de inscripción en el Colegio de Médicos de Madrid de José Salas y Vaca. Fuente: Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM

La incorporación de Salas y Vaca al Manicomio Nacional

Salas comenzó su actividad profesional el 19 de octubre de 1901 en el Real Hospital del Buen Suceso⁸³⁴, al principio colaborando en el departamento de oftalmología con Márquez Rodríguez, que más tarde ocuparía el cargo de Médico Jefe Honorario del Hospital⁸³⁵. Permaneció en dicha institución, encargado de la Sección de las Enfermedades Nerviosas hasta 1910⁸³⁶, cuando dimitió por la dificultad que oponía el reglamento del hospital para que le fuera reconocida la especialidad⁸³⁷.

A mediados del año 1903⁸³⁸, obtuvo la plaza por oposición del Cuerpo de Beneficencia General⁸³⁹. Siendo miembro de dicho cuerpo, compartió tarea como neurólogo en el Hospital de la Princesa con el prestigioso neuropsiquiatra Enrique Fernández Sanz, plaza que conservó hasta su jubilación⁸⁴⁰, y allí, ejerció como Jefe de la consulta de enfermedades nerviosas y mentales hasta al menos 1926⁸⁴¹.

Perteneció al Cuerpo de Médicos de Baños por oposición desde 1905⁸⁴², que había sido creado en 1816, durante el reinado de Fernando VII⁸⁴³. Salas utilizó este tipo de tratamientos en los pacientes internados y, en concreto, se ha registrado el empleo de hidroterapia en doce ocasiones a lo largo del periodo en el que este neuropsiquiatra trabajó en la institución⁸⁴⁴.

⁸³⁴ Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM. El Hospital del Buen Suceso fue fundado durante el reinado de los Reyes Católicos con el título de "Santa Cruz" y carácter ambulante para prestar asistencia a los enfermos y heridos del ejército en la reconquista de la ciudad de Granada. Posteriormente, durante el reinado de Felipe II, se estableció en la madrileña Puerta del Sol. En 1856, debido a unas obras de ampliación de la plaza fue derribado y reedificado, posteriormente, en el barrio de Argüelles. El Hospital, que dependía del Patrimonio Real, proporcionaba asistencia sanitaria pública en sus consultas. Véase: *España médica*. (15 de marzo de 1927), pp.27-28.

⁸³⁵ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸³⁶ Salas y Vaca, J. (1904). Enuresis nocturna en los adultos. *Revista de Especialidades Médicas*, 253-257, p.253.

⁸³⁷ *La Correspondencia de España*. (30 de marzo de 1910), número 19, p.8; *La Época*. (30 de marzo de 1910), número 21.348, p.3 y *ABC*. (2 de abril de 1910), p.12.

⁸³⁸ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas, p.9.

⁸³⁹ La convocatoria de dichas oposiciones fue publicada en: Vacantes de Médicos en el Cuerpo facultativo de Beneficencia general. (18 de enero de 1903). *Gaceta de Madrid*, 18, pp. 242-243. Sobre la oposición véase también: Convocando a los opositores a las plazas vacantes del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (5 de abril de 1903). *Gaceta de Madrid*, 94, p.61. Salas obtuvo la plaza junto a otros facultativos como Pedro Cifuentes y Díaz (1880-1960), médico especialista en urología y cofundador de la Sociedad Española de Urología en 1910, que posteriormente desempeñaría el cargo de Jefe Facultativo del Hospital de la Princesa. Véase *El Heraldo de Madrid*. (28 de junio de 1903), p.3 y <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-antteriores/891-1929-cifuentes-y-diaz-pedro.html> [consultado el 1 de mayo de 2016].

⁸⁴⁰ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸⁴¹ Salas y Vaca, J. (1926). La sugestión. Su influencia en la vida social. En *Discursos leídos en la sesión realizada el 4 de julio de 1926 para la recepción del Académico electo Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia Doctor José Salas y Vaca*. Cádiz: Real Academia de Medicina de Cádiz. La consulta era de carácter público y Salas la pasaba dos días a la semana. Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM y *La Libertad*. (29 de diciembre de 1928), p.5.

⁸⁴² *El Siglo futuro*. (1 de julio de 1905), número 9.161, p.4 y *La Nación*. (9 de diciembre de 1929), p.2.

⁸⁴³ Real decreto resolviendo que en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria. (4 de julio de 1816). *Gaceta de Madrid*, 83, pp.701-702.

⁸⁴⁴ La hidroterapia, un recurso terapéutico común en las instituciones psiquiátricas, fue uno de los tratamientos más antiguos aplicados a diversas enfermedades y, especialmente a las de carácter nervioso. Montiel, L. y Puente, B. (2007). La medicina de la mente en el periodo moderno. En: F. López-Muñoz y C. Álamo. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.63-85). Madrid: Editorial Panamericana y Ceballos, M. A. (2006). Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín de La Sociedad Española*

Fue “profesor ayudante de clínicas” de la Facultad de Medicina de la Universidad Central desde que terminó los estudios de doctorado y hasta agosto de 1903, momento en que presentó la renuncia voluntaria por incompatibilidad entre este cargo y el obtenido por oposición en la Beneficencia General⁸⁴⁵. También desarrolló la actividad docente en *La Escuela Práctica de Especialidades Médicas* situada en la madrileña calle de Montera, en la que estaba encargado de la enseñanza de las enfermedades del Sistema Nervioso⁸⁴⁶. Años más tarde, según apuntaba el propio Salas a finales de la década de los años veinte, desempeñó la función de profesor ayudante en las Cátedras de Medicina Legal y Psicología Experimental⁸⁴⁷.

En el momento de su llegada al Manicomio Nacional ocupó la vacante de Jefe Facultativo dejada por Ramón Ezquerro Baig tras su fallecimiento. Permaneció en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés desde abril de 1911⁸⁴⁸, hasta su jubilación en diciembre de 1929⁸⁴⁹, con algunos períodos de interrupción, que coincidieron con su ejercicio como Gobernador Civil⁸⁵⁰. Salas, interesado por la asistencia a los enfermos mentales, solía visitar la institución antes de ser jefe de la misma⁸⁵¹ y, accedió a ésta debido a que, en sus propias palabras, “supuse, tal vez erróneamente que para estudiar la locura era precisa una casa de orates” y “sentí la necesidad de laborar por el amparo de estos inválidos que estaban (...) muy descuidada en España”⁸⁵². A su llegada al establecimiento psiquiátrico se encontraba como médico residente Ignacio del Mazo y Almazán, auxiliado por Antonio Yunta Carrascosa⁸⁵³.

de Hidrología Médica, 21(1), 22 – 27. Los tratamientos aplicados en el Manicomio Nacional entre 1900 y 1931 se estudiarán en el capítulo VI de esta tesis doctoral.

⁸⁴⁵ El puesto de profesor ayudante de clínicas estaba remunerado a principios del siglo XX con 1500 pesetas anuales. Expediente de profesor de la Universidad Central de Madrid. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: P-685.

⁸⁴⁶ *Revista de Especialidades Médicas*. (1903), p. LIV.

⁸⁴⁷ Salas y Vaca, J. (1929), p.25. Desconocemos con detalle esta función, dado que tan sólo hemos encontrado referencias a la misma a través de las palabras del propio Salas en su trabajo *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*. No hemos hallado ninguna alusión a esta labor docente en el expediente de profesor de Salas y Vaca de la Universidad Complutense de Madrid.

⁸⁴⁸ Salas y Vaca, J. (1929). p.11. Su nombramiento fue de interés para la prensa de la época y salió publicado en diversos diarios como: *El Heraldo militar*. (8 de abril de 1911), p.3; *España médica*. (20 de abril de 1911), p.5; *Nuevo mundo*. (13 de abril de 1911), p.15; *La Correspondencia de España*. (10 de abril de 1911), número 19.416, p.4 y *Revista frenopática española*. (1911), número 100, p.128.

⁸⁴⁹ *ABC*. (8 de diciembre de 1929), p.33.

⁸⁵⁰ Entre junio de 1924 y diciembre de 1928 fue nombrado Gobernador civil de Albacete, Cádiz y Huelva, con algún periodo de interrupción. Posteriormente permaneciendo en la jefatura del Manicomio hasta diciembre de 1929, momento en el que pidió su baja por traslado a Andalucía. Se puede consultar esta información en el Expediente del Colegio de Médicos de Madrid de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁸⁵¹ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8. Salas y Vaca mantenía relación con el anterior Jefe del asilo, Ramón Ezquerro Baig, desde antes de que éste fuera nombrado. De hecho, en su obra *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional* relataba haberle propuesto para suceder en la jefatura del Manicomio a Ignacio del Mazo Almazán y, en 1905, le dedicó la publicación “Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica”. Salas y Vaca, J. (1929), p.10 y Salas y Vaca, J. (1905a). Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica. *Revista de Especialidades Médicas*, 8, 201–207.

⁸⁵² *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸⁵³ Salas y Vaca, J. (1929), p.24.



Figura 6. Salas y Vaca en su despacho del Manicomio Nacional. Fuente: *España Médica* (1 de diciembre de 1912), p. 8

La actividad de Salas y Vaca en el cuerpo de la Beneficencia General la simultaneó con la asistencia clínica particular, especializada en “instalación de electroterapia”⁸⁵⁴, función que desarrolló hasta 1924, cuando dejó la capital para ocupar el cargo de Gobernador Civil⁸⁵⁵. Salas también aplicó esta técnica a los pacientes hospitalizados en Leganés, tal como se percibe en las historias clínicas revisadas, donde aparecen tratamientos con corrientes galvánicas farádicas en un delirio de carácter hipocondríaco o una hemiplejía y demencia asociadas⁸⁵⁶. Además de su consulta particular, también realizó la asistencia clínica en diversos consultorios de especialidades de la capital⁸⁵⁷.

⁸⁵⁴ Salas pasaba la consulta de 3 a 5 horas en los meses de octubre a abril y de 4 a 6 horas en los meses de mayo a septiembre. Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁸⁵⁵ En la entrevista para el diario *España Médica*, Salas refería que fue abandonando la consulta particular a partir de los años veinte “por haber perdido una hija a quien mi medicina no pudo salvar” (en 1920 falleció una de sus hijas a los seis años de edad). *España Médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8 y *ABC*. (8 de septiembre de 1920), p.27. En 1926, durante una breve interrupción de su actuación política escribía al Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Madrid comunicándole la intención de prescindir de cualquier tipo de actividad particular en la profesión médica. Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁸⁵⁶ Historias clínicas XX-313 y XX-325. Archivo Histórico del ICOMEM. A lo largo del siglo XIX la electroterapia, empleada en el tratamiento de diversas enfermedades mentales sufrió un importante desarrollo y los hospitales psiquiátricos fueron implementando departamentos específicos electroterápicos. Véase: Beveridge, A. (1988). Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the nineteenth century. *British Journal of Psychiatry*, 153, 157–162, p. 157 y Stainbrook, E. (1948). The uses of electricity in psychiatric treatment during the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 156 – 177, p. 159.

⁸⁵⁷ *El Herald de Madrid*. (4 de marzo de 1907), p.2 y *ABC* (26 de enero de 1915), p.18.

No cabe duda que las reformas en Leganés fueron una prioridad para Salas y Vaca, quien, además trató de incrementar el nivel científico del establecimiento. Desde su entrada en el Manicomio reclamó insistentemente mejoras vertidas en sus dos obras, *Frenocomios Españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados* y *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*⁸⁵⁸.

La actividad desarrollada por Salas debió contar con la aprobación de los responsables del Manicomio, a diferencia de otros facultativos como Luis Simarro Lacabra quien, como ya hemos mencionado, en la década de los setenta, había mantenido un conflicto abierto con la dirección que le obligó a dimitir⁸⁵⁹. El mismo neuropsiquiatra señalaba su buena relación con la Dirección de la Administración como se puede extraer de la cita: *"la jefatura local y facultativa se hallan de acuerdo en todo lo que represente prosperidad, que aunque con lentitud se va logrando en el manicomio"*⁸⁶⁰. De hecho, se le otorgó la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia a petición de la Junta de Patronos de dicho establecimiento en 1921 (Anexo 13)⁸⁶¹. Tres años después fue designado Hijo predilecto de Montilla (Anexo 14)⁸⁶², donde solía regresar para sus descansos vacacionales⁸⁶³ y, en 1925, fue nombrado Académico de Honor de la Academia Hispano-americana de Ciencias y Artes⁸⁶⁴. Así mismo, un año más tarde, coincidiendo con su ejercicio como Gobernador Civil de la ciudad de Cádiz, fue elegido Académico de la Real Academia de Medicina de dicha ciudad⁸⁶⁵. Al acto, en el que Salas pronunció su discurso sobre "La sugestión y su influencia en la vida social"⁸⁶⁶, contestado por el presidente de la Academia Ramón Ventín y Conde⁸⁶⁷, acudieron, según recogía la prensa, numerosas personalidades de la esfera política y médica de la ciudad⁸⁶⁸.

⁸⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1924a) *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos y Salas y Vaca, J. (1929). Sobre las reformas realizadas en la institución por este médico andaluz nos detendremos en un punto posterior de este mismo capítulo.

⁸⁵⁹ Moro, A. y Villasante Armas, O. (2001). La etapa de Luis Simarro en Leganés. *Frenia*, 7(1), 97-119.

⁸⁶⁰ Salas y Vaca, J. (1924a). p.18.

⁸⁶¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p.39 y Real decreto concediendo la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, con distintivo morado y blanco, al Doctor en Medicina D. José de Salas y Vaca, Jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid). (22 de noviembre de 1921). *Gaceta de Madrid*, 326, pp. 614-615. Esta distinción fue de interés para los diarios de la época: *ABC*. (22 de noviembre de 1921), p.22; *El Sol*. (27 de noviembre de 1921), p.4; *La Época*. (22 de noviembre de 1921), número 25.553, p.4 y *España médica*. (1 de diciembre de 1921), p.7.

⁸⁶² En 1924, durante una estancia de Salas en Montilla, fue obsequiado con un banquete homenaje por sus paisanos, entre los que se encontraba el alcalde que, tras la petición unánime de los concurrentes, propuso al concejo municipal el nombramiento del neuropsiquiatra andaluz como Hijo predilecto de la ciudad. *El Noticiero Gaditano*. (25 de enero de 1927). Año IX, número 2581, p.3 y *El defensor de Córdoba*. (4 de julio de 1924). Año XXVI, número 8033, p.3.

⁸⁶³ *La Correspondencia militar*. (13 de noviembre de 1903), número 7.872, p.3 y *El defensor de Córdoba*. (30 de julio de 1915). Año XVII, número 4845, p.1. Cuando regresaba a Montilla, el facultativo residía en "La Retamosa", finca en la que se conserva parte del legado personal del médico.

⁸⁶⁴ *El Noticiero Gaditano*. (13 de noviembre de 1925). Año VII, número 2234, p.3 y *La Nación*. (19 de noviembre de 1925), p.8.

⁸⁶⁵ *Ideal Médico*. (1926), número 109, p. 167.

⁸⁶⁶ Salas y Vaca, J. (1926).

⁸⁶⁷ *El Herald de Madrid*. (5 de julio de 1926), p.2.

⁸⁶⁸ *El Noticiero Gaditano*. (5 de julio de 1926). Año VIII, número 2421, pp.1-2. En dicha publicación se puede acceder a una breve reseña realizada por el periodista autor de la noticia sobre la disertación de Salas y la contestación a la misma realizada por el

El director de Leganés se jubiló en diciembre de 1929, un año después de regresar a Madrid tras su actividad política⁸⁶⁹. El médico andaluz señalaba haber tomado esta decisión *“teniendo la disciplina abandonada durante los últimos cuatro años, al terminar las obras que tenía proyectadas para las reformas del Manicomio, y no siendo fácil hacer más por el momento”*⁸⁷⁰. Sin duda influyó su quebrantado estado de salud en los dos años previos⁸⁷¹. Ese mismo mes, le fueron concedidos los Honores de Jefe Superior de la Administración Civil libre de gastos como recompensa a “sus méritos y dilatados servicios”⁸⁷² y se propuso su nombramiento como Jefe Facultativo Honorífico del Manicomio Nacional⁸⁷³, cargo que ostentaría con posterioridad⁸⁷⁴. Después de jubilarse, trasladó su residencia a Córdoba⁸⁷⁵, donde se inscribió con el número 430, en febrero de 1930, en el Colegio de Médicos de dicha población (Anexo 15)⁸⁷⁶.

El cese de la actividad clínica al frente del Manicomio no supuso su alejamiento de otras funciones relacionadas con la profesión médica. A los pocos días de instalarse en su provincia natal, el 15 de enero de 1930 ocupó la presidencia del Ateneo Médico de Córdoba⁸⁷⁷, cedida por Manuel Ruiz Maya (1888-1936)⁸⁷⁸ y, un año más tarde, fue nombrado Académico

presidente de la Academia. Posteriormente, el recién estrenado académico recibió en su domicilio a los compañeros de la academia para celebrar la recepción en la misma, coincidiendo con la presentación en sociedad de su hija mayor, Magdalena.

⁸⁶⁹ Con motivo de su jubilación, los médicos y personal administrativo de los establecimientos de la Beneficencia General le homenajearon con una comida en el clásico restaurante Tournier, situado en la madrileña calle Mayor. *El Heraldo de Madrid*. (25 de diciembre de 1929), p.2 y *La Nación* (25 de diciembre de 1929), p.7.

⁸⁷⁰ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8. El cese de la actividad clínica de Salas motivó sendos reportajes sobre su figura en los diarios *ABC* y *La Nación*. *La Nación*. (9 de diciembre de 1929), p.2 y *ABC*. (8 de diciembre de 1929), p.33.

⁸⁷¹ En una comunicación al Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, en 1926, refería que sólo quería continuar en el cargo oficial hasta conseguir los derechos de jubilación, debido a su estado de salud. Salas estaba diagnosticado de una diabetes mellitus y problemas circulatorios que le habían dificultado ya el ejercicio como gobernador de la provincia de Huelva. Expediente colegial de Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM y *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸⁷² Real decreto concediendo, con motivo de su jubilación, honores de Jefe superior de Administración civil, libres de gastos, a D. José Salas y Vaca, ex Gobernador civil, Médico de número del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia general, Jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (7 de diciembre de 1929). *Gaceta de Madrid*, 341, p. 1532. La condecoración de Salas fue de interés para la prensa del momento: *La Vanguardia*. (8 de diciembre de 1929), p.31; *La Época*. (9 de diciembre de 1929), número 28.063, p.2 y *El Imparcial*. (10 de diciembre de 1929), p.2.

⁸⁷³ El 25 de diciembre de 1929 se celebró una reunión del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia general del Estado, con la asistencia de su decano, Pedro Cifuentes y el propio Salas y Vaca, para nombrar Jefe Facultativo de Leganés a Enrique Fernández Sanz. *El Imparcial*. (26 de diciembre de 1929), p.2.

⁸⁷⁴ Salas y Vaca, J. (1931). *Psicosis sociales. Discurso leído en la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba*. Córdoba: Imprenta El Defensor.

⁸⁷⁵ El 10 de diciembre de 1929 solicitó la baja del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, la cual se hizo efectiva el 18 de enero de 1930. Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁸⁷⁶ Ficha de colegiado de José Salas y Vaca. Archivo del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba.

⁸⁷⁷ El Ateneo Médico de Córdoba se constituyó el 11 de marzo de 1929 promovido por Manuel Ruiz Maya, el entonces director del hospital psiquiátrico de Córdoba. Se trataba de una asociación de carácter eminentemente práctica en sus fines culturales, con sesiones dedicadas a la valoración de procesos clínicos y en la organización de cursos de actualización. Uno de sus órganos de expresión fue la revista *Ideal Médico*, también fundada y dirigida por Ruiz Maya. Véase: Ruiz, C. (2007). Análisis documental de la revista *Ideal Médico* (1917-1931). *Revista de Estudios de Ciencias Sociales y Humanidades*, 17, 53-64, p.58.

⁸⁷⁸ *Ideal Médico*. (30 de enero de 1930), número 151, p. 19. Manuel Ruiz Maya (1888-1936) fue un médico cordobés, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada en el año 1910. A partir de 1919 comenzó a prestar sus servicios en el departamento de alienados de la provincia de Córdoba y, un poco más tarde, en junio de 1920, obtuvo por oposición la plaza de Médico de número de la Beneficencia Provincial de Córdoba en la Sección de Enfermedades Mentales. Fue responsable de la organización del primer Hospital Psiquiátrico de Córdoba: el Hospital de la Misericordia, siendo su único director desde su inauguración, en 1927, hasta su muerte en 1936. Gran publicista, su función clínica e investigadora se tradujeron en una amplia producción científica y como ensayista y literato. Entre 1914 y 1931 fundó varias revistas de distinta índole como *Selene*, *Ideal Médico*, *Córdoba* y *República*. Su labor científica estuvo acompañada de una actividad política. Militó en el Partido Republicano

numerario de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba⁸⁷⁹. En la sesión de investidura pronunció el discurso "Psicosis Sociales"⁸⁸⁰, contestado por el presidente de la Academia, el otorrinolaringólogo, José Navarro Moreno⁸⁸¹, también objeto de interés para la prensa de la época⁸⁸².

En el momento de su jubilación, el facultativo cordobés expresó la idea de seguir dedicándose a la labor de médico de aguas mineralo-medicinales⁸⁸³. De hecho, tres años después, en el verano de 1933 y tan solo varios meses antes de su muerte, fue designado como Delegado de la Inspección Provincial de Sanidad en el Balneario de Tolox, en la provincia de Málaga⁸⁸⁴, conocido por sus aguas nitrogenadas⁸⁸⁵. Salas y Vaca falleció el 27 de noviembre de 1933 en Córdoba⁸⁸⁶ y fue dado de baja del colegio de médicos de esta ciudad ese mismo día⁸⁸⁷.

Radical Socialista del que fue fundador en Córdoba en 1929 y, en abril de 1931, fue nombrado como primer Gobernador Civil republicano de Almería. Dos años más tarde fue designado Director General de Prisiones. Su vinculación a la República y a la Masonería determinaron su arresto y fusilamiento el 14 de agosto de 1936. Ruiz Maya y Salas mantuvieron relación, al menos epistolar. El director del psiquiátrico de Córdoba dirigió una carta exponiendo las condiciones de dicha institución a Salas y Vaca quien se hizo eco de ella en su publicación *Frenocomios Españoles*. Sobre la asistencia psiquiátrica en Córdoba y la figura de Manuel Ruiz Maya se puede consultar: Ruiz García, C. (2007). La asistencia psiquiátrica en Córdoba: Manuel Ruiz Maya (1888-1936). En R. Campos, O. Villante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 95-106). Madrid: Frenia y Ruiz García, C. (2011). El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba. Estudio de la población manicomial en el periodo de 1900 y 1940. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-236). Madrid: AEN.

⁸⁷⁹ *Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Cursos de 1928-29, 1929-30 y 1930-31*. (1931). Córdoba: Tipografía Artística, p. 56.

⁸⁸⁰ Salas y Vaca, J. (1931). Una reseña de este folleto aparece publicada en *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba*. (15 de enero de 1932), XII (128), p. 23.

⁸⁸¹ *Ideal Médico*. (1931), número 173, p. 232.

⁸⁸² *La voz*. (7 de noviembre de 1931). Año XII, número 4279, p.6.; *La voz*. (6 de noviembre de 1931). Año XII, número 4278, p.1.

⁸⁸³ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁸⁸⁴ Orden resolviendo el concurso anunciado para cubrir plazas de Delegados de las Inspecciones provinciales de Sanidad en los Establecimientos balnearios (30 de julio de 1933). *Gaceta de Madrid*, 211, pp. 695-696.

⁸⁸⁵ *La Nación*. (6 de septiembre de 1933), p.12.

⁸⁸⁶ *La voz*. (5 de diciembre de 1933). Año XIV, número 5496, p.6; *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba*. (15 de diciembre de 1933). Año XIII, número 152, pp. 23 y 31; *La Vanguardia*. (1 de diciembre de 1933), p.21. Un año después se celebró el aniversario de su muerte en la parroquia de San Francisco Solano, en Montilla. *El defensor de Córdoba*. (28 de noviembre de 1934). Año XXXVI, número 11723, p.1.

⁸⁸⁷ Ficha de colegiado de José Salas y Vaca. Archivo del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba.

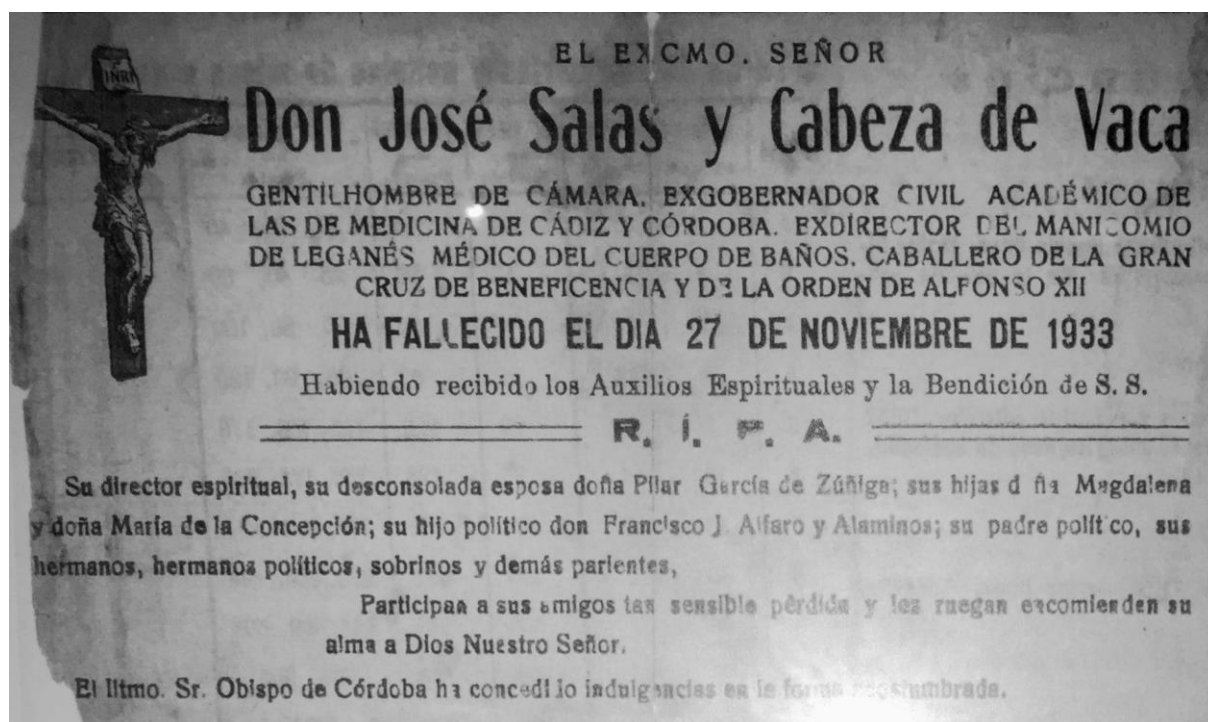


Figura 7. Esquela de José Salas y Vaca, sita en "La Retamosa" (Montilla, Córdoba). Fuente: Fondo personal de la familia de Salas y Vaca

De la monarquía alfonsina a la dictadura

Salas y Vaca se preocupó por la educación higiénica de la población y, de hecho, al igual que Fernández Sanz, colaboró con la Sociedad Española de Higiene, pronunciando numerosas conferencias de higiene social en los mítines que organizaba la Sociedad con un claro objetivo propagandístico⁸⁸⁸. En éstas, el médico andaluz abordó, entre otras cuestiones, el tifus exantemático⁸⁸⁹, la higiene de las psiconeurosis⁸⁹⁰, la higiene del sentimiento⁸⁹¹ o las causas de la demencia⁸⁹².

Así mismo, perteneció al Instituto de Medicina Social⁸⁹³, impulsado por Antonio Aguado Marinoni, César Juarros, Salvador Albasanz, Antonio Piga, Luis Huerta, Gustavo Pittaluga (1876-1956), Gregorio Marañón (1887-1960) o Manuel Tolosa Latour, entre otros. Este

⁸⁸⁸ *La Voz*. (2 de junio de 1924), p.5. En estos mítines sanitarios se realizaban denuncias muy variadas como, por ejemplo, la autorización de enterramientos en las iglesias sin atender a las prescripciones higiénicas vigentes, el trabajo ilegal de menores de edad en oficios insalubres y con más horas de las estipuladas en el reglamento. Además, se impartían nociones básicas de salud, como la higiene dental, las enfermedades de la infancia, sobre el alcoholismo, el deporte...etc. *ABC*. (20 de junio de 1910), p.18.

⁸⁸⁹ *Diario oficial de avisos de Madrid*. (29 de abril de 1909), p.3.

⁸⁹⁰ *ABC*. (21 de febrero de 1910), p.8.

⁸⁹¹ *El Sol*. (4 de noviembre de 1924), p.2.

⁸⁹² *La Voz*. (2 de junio de 1924), p. 5.

⁸⁹³ *El Heraldo de Madrid*. (16 de abril de 1919), p.4. Sobre este aspecto, véase Huertas, R. Huertas, R. (1993). El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio*, 45(1), 89-122.

instituto se constituyó, en 1918, con el fin de fomentar la creación de un Ministerio de Sanidad que se convirtiera en un instrumento del poder sanitario⁸⁹⁴, impulsar e institucionalizar una serie de reformas y resolver algunas cuestiones sociales que mejoraran las condiciones del obrero⁸⁹⁵. También, pretendía orientar el estudio y la práctica de la medicina en sentido “francamente social”, establecer y difundir enseñanzas especiales de estas cuestiones e incorporar sus principios y sus métodos al gobierno del país⁸⁹⁶. Los fundadores del Instituto pensaban que era necesario alcanzar un estatus más social de la medicina y crear especialistas en Medicina Social⁸⁹⁷. No hay que olvidar que esta institución surgió en un momento de profunda crisis económica y social en la que, desde el paradigma degeneracionista, comenzó a gestarse una visión colectiva de la enfermedad y su transmisión hereditaria⁸⁹⁸. En 1918, Aguado Marinoni propuso la creación de este Instituto en una carta abierta dirigida a César Juarros y publicada en el *Siglo Médico* “para estudiar a fondo primero y enseñar después (...) los diversos e interesantes problemas que bajo dicho epígrafe (Medicina Social) pueden estudiarse y comprenderse”⁸⁹⁹. La respuesta de Juarros, que mostraba una clara preocupación sobre la situación del país no se hizo esperar: “la idea de crear un Instituto de Medicina Social me parece excelente, pues los médicos, por conveniencia de la profesión e interés de la patria, debemos decidimos a intervenir enérgica y activamente en la orientación del país”⁹⁰⁰. Las adhesiones se produjeron con rapidez y, en enero de 1919 se aprobó el proyecto elaborado por Aguado Marinoni “Fundamentos, bases y acta de constitución”⁹⁰¹. A pesar de sus amplias aspiraciones, tuvo una vida muy corta y los últimos datos sobre esta institución se remontan a 1923⁹⁰².

Esta actividad sociopolítica de Salas se hizo patente una vez instaurada la Dictadura de José Antonio Primo de Rivera en España, a partir de septiembre de 1923⁹⁰³, a la que el facultativo

⁸⁹⁴ El Instituto, un año después, contaba ya con 400-500 socios. Se organizó en cuatro secciones: La primera, “Estudios e investigaciones médico-sociales”, que abarcaba un temario muy amplio que pasaba por todos los aspectos y problemas del cuerpo social español desde las huelgas hasta la procreación consciente y sana, es decir, la eugenesia; La segunda sección se dedicaba a la enseñanza, tanto de profesionales como popular; La tercera se llamaba “Propaganda social” y la cuarta “Acción política”. Álvarez Peláez, R. (1985). Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936). *Quiipu*, 2(1), 95 – 122, pp.109-110.

⁸⁹⁵ Álvarez Peláez, R., (1988) Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En J. M. Sánchez Ron. (1988). *Ciencia y Sociedad en España: De la ilustración a la guerra civil* (pp. 179-204). Madrid: Ediciones El arquero, e Instituto de Medicina Social. (1919). *La Medicina Social Española*, 81 (5 de mayo de 1919), 223 – 224.

⁸⁹⁶ *La Correspondencia de España*. (16 de abril de 1919). Año LXX, número 22342, p.3.

⁸⁹⁷ Álvarez Peláez, R. (1988). El Instituto de Medicina Social: primeros intentos de institucionalizar la eugenesia. *Asclepio*, 40(1), 343–358, p.350.

⁸⁹⁸ Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000). *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. Madrid: CSIC.

⁸⁹⁹ Marinoni, A. (1918). Carta abierta. *Siglo Médico*, 3384, p.866.

⁹⁰⁰ Juarros, C. (1918). Carta abierta. *Siglo Médico*, 3387, pp. 229-230.

⁹⁰¹ Álvarez Peláez, R. (1988), p.344.

⁹⁰² *Ibidem*, p.349

⁹⁰³ Tussel, J. (2006). *Historia de España en el siglo XX. 1. Del 98 a la proclamación de la República*. Madrid: Taurus p. 443-577.

montillano en diversas ocasiones se mostró afín. Así, al inicio del nuevo periodo político, describía a Primo de Rivera como:

*“Preocupado por la perfección de los grandes problemas sociales (...) el cuidado de los indigentes, asistencia de enfermos, disciplinas sanitarias, el aislamiento de los incurables y el albergue de los dementes”*⁹⁰⁴.

La simpatía que Salas profesaba por los “planes regeneradores y de rehabilitación” del directorio militar le llevó a abandonar Madrid en el año 1924⁹⁰⁵, para ocupar cargos de Gobernador Civil de varias provincias españolas-Albacete, Cádiz y Huelva-, función política que desarrolló, prácticamente sin interrupción⁹⁰⁶, hasta diciembre de 1928. Durante ese periodo, siguió ostentando la jefatura del Manicomio de Leganés, y, como se ha señalado, Enrique Fernández Sanz se hizo cargo de la institución como Jefe Facultativo en funciones⁹⁰⁷.

En junio de 1924, fue designado Gobernador Civil de Albacete⁹⁰⁸, en cuyo Colegio de Médicos se le rindió un homenaje, ocupando la presidencia de la sesión al mes de llegar a la ciudad⁹⁰⁹. Durante su función al frente de los albacetenses reorganizó el Hospital de la Beneficencia y reformó el “precario y deficiente servicio de alienados”⁹¹⁰. También se atribuía el cumplimiento de las aspiraciones de los médicos titulares de la localidad, el haber terminado las disciplinas docentes y la suscripción por parte de las organizaciones y particulares para “un preventivo antituberculoso”⁹¹¹. Además, organizó la “Unión Patriótica”⁹¹², una asociación cuya formación describía como: *“para que no hubiera suspicacia de nombres, la hice gobernar, no por un hombre, sino por un directorio, en el que se encontraban representadas todas las tendencias, bajo el lema de honradez y patriotismo”*⁹¹³.

En los 14 meses como gobernador de Cádiz reorganizó los servicios sanitarios y el Instituto Provincial de Higiene al que consideraba “modelo”⁹¹⁴. Al igual que ocurrió en Albacete, Salas

⁹⁰⁴ Salas y Vaca, J. (1924a), p.15.

⁹⁰⁵ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹⁰⁶ Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁹⁰⁷ Salas y Vaca, J. (1929), p.20.

⁹⁰⁸ Real decreto (rectificado) nombrando Gobernador civil de la provincia de Albacete a D. José Salas y Vaca. (26 de junio de 1924). *Gaceta de Madrid*, 176, p. 1488.

⁹⁰⁹ *ABC*. (29 de julio de 1924), p.20 y *El Imparcial*. (30 de julio de 1924), p.5.

⁹¹⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.18.

⁹¹¹ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹¹² *El Noticiero Gaditano*. (25 de enero de 1927). Año IX, número 2581, p.3. La Unión Patriótica se oficializó en abril de 1924 como un “partido político pero apolítico, que ejerciera una acción político administrativa”. Creada por Primo de Rivera, en la que el dictador incluyó a “gentes de ideas sanas y hombres de buena fe”, vendría a sustituir a los partidos tradicionales, a los que Primo de Rivera consideraba corruptos, para dar soporte al nuevo régimen. García Queipo de Llano, G. (1996). *El Reinado de Alfonso XIII. La modernización fallida*. Madrid: Historia 16. Temas de hoy.

⁹¹³ *El Noticiero Gaditano*. (3 de junio de 1925). Año VII, número 2014, p.2.

⁹¹⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p.18. Salas fue nombrado Gobernador Civil de Cádiz en mayo de 1925 y se mantuvo en el cargo hasta agosto de 1926, momento en que se reintegró en sus funciones al frente del Manicomio de Leganés. Real decreto nombrando Gobernador civil de la provincia de la provincia de Cádiz a D. José Salas y Vaca, que desempeña igual cargo en la de Albacete. (15 de mayo de 1924). *Gaceta de Madrid*, 135, p. 899 y Real decreto admitiendo la dimisión que del cargo de Gobernador civil de la provincia de Cádiz ha presentado D. José Salas y Vaca. (8 de agosto de 1926). *Gaceta de Madrid*, 220, p. 908. A su llegada a la

fue homenajeado al poco tiempo de llegar a la ciudad, esta vez por el cuerpo consular acreditado y el alcalde de la localidad (Anexo 16)⁹¹⁵. En el acto, pronunció un discurso sobre la función política en el que enfatizaba el respeto a la singularidad de cada población española:

“Veo por desgracia el fracaso de algunos gobernantes cuando se quiere gobernar en gallego Andalucía, o imponiendo normas catalanas en Castilla; nada hay más erróneo. Conocer la estética sentimental de los gobernados, es condición primordial del Gobierno; en España hay que gobernar en español, dentro de las derivaciones regionales, entonando la praviara de Asturias, el guernicaco (sic) en Vizcaya; apoyándose en la tradición en Castilla; con el comercio en Cataluña; con los toros en la Corte; con poéticas cadencias en la huerta murciana; rezando a la Pilarica en Aragón; con flores en Valencia; cantando en Andalucía y en Cádiz adornándose con su grandeza, atrincherándose con sus tradiciones, rezando a la Virgen del Carmen encomendándose a la del Rosario y si es preciso, cantando sus tangos”⁹¹⁶.

A su llegada a la ciudad andaluza, expresaba la intención de *“intensificar la acción y los elementos integrales de la Unión Patriótica”*, al igual que hizo en Albacete⁹¹⁷. Durante su estancia en esta localidad también participó en la conmemoración del vigésimo quinto aniversario de la licenciatura de la promoción del año 1900⁹¹⁸ y, fue designado Académico de la Real Academia de Medicina de Cádiz⁹¹⁹. Salas dimitió como gobernador, en agosto de 1926, debido a que se dispuso su reintegro en el Manicomio Nacional⁹²⁰.

Varios meses después, en enero de 1927, volvió de nuevo a la política como gobernador civil de la provincia de Huelva⁹²¹. Al inicio de su ejercicio al frente de los onubenses publicó el artículo “El arte de gobernar” en el que exponía, desde su punto de vista, las funciones a desarrollar por los dirigentes⁹²². Durante su actividad como responsable de la localidad, que mantuvo hasta diciembre de 1928⁹²³, y que Salas consideró más complicada de gestionar⁹²⁴, se proyectó la edificación de un hospital con clínica de observación de alienados⁹²⁵, se organizó la construcción de una línea de ferrocarril desde Badajoz a Fregenal de la Sierra⁹²⁶

ciudad recibió los elogios de la prensa que le describía como *“un espíritu culto (...) un temperamento apropiado para gobernar”*. *El Noticiero Gaditano*. (3 de junio de 1925). Año VII, número 2014, p.2.

⁹¹⁵ *El Noticiero Gaditano*. (19 de julio de 1926). Año VIII, número 2434, p.2 y *La Nación*. (28 de julio de 1926), p. 2.

⁹¹⁶ *Ibidem*.

⁹¹⁷ *El Noticiero Gaditano*. (3 de junio de 1925). Año VII, número 2014, p.2.

⁹¹⁸ *El Noticiero Gaditano*. (25 de junio de 1925). Año VII, número 2030, p.1.

⁹¹⁹ *Ideal Médico*. (1926). Número 109, p. 167.

⁹²⁰ Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

⁹²¹ Real decreto nombrando Gobernador civil de la provincia de Huelva a D. José Salas y Vaca, cesante de igual cargo. (21 de enero de 1927). *Gaceta de Madrid*, 27, p. 442.

⁹²² Salas y Vaca, J. (1927). El arte de gobernar es patrimonio de la ciudadanía. *Unión Patriótica*, 9, p.7.

⁹²³ Real decreto admitiendo a D. José Salas y Vaca la dimisión que ha presentado del cargo de Gobernador civil de la provincia de Huelva. (11 de diciembre de 1928). *Gaceta de Madrid*, 346, p.1613.

⁹²⁴ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹²⁵ Salas y Vaca, J. (1929), p.18.

⁹²⁶ *ABC*. (9 de marzo de 1927), p.29. Durante su ejercicio una comisión formada, entre otros, por el propio Salas y Vaca como gobernador, el presidente de la diputación, el presidente del consejo provincial de fomento y el presidente de la cámara de comercio,

y se trató la concurrencia de Huelva a la Exposición de Sevilla⁹²⁷. La función de Salas como Gobernador de Huelva contó con la aprobación del Ministro de la Gobernación, el cual, en una carta dirigida al propio neuropsiquiatra andaluz en la que aceptaba la solicitud de dimisión pedida por el médico en varias ocasiones⁹²⁸, le expresaba su satisfacción por los servicios prestados⁹²⁹. La prensa local también se hizo eco de esta gratitud y, meses antes de que Salas abandonara la ciudad, se deshizo en elogios describiéndole como un *“funcionario completísimo, persona de excepcional cultura y vastos conocimientos; hombre cordial, sincero y modesto, ha completado en la provincia una obra de sana renovación (...) la enseñanza, la higiene escolar y las instituciones que completan la escuela, fueron atendidas por él preferentemente”*⁹³⁰.

Un año después de finalizar su labor gubernativa, Salas la describía como *“dentro de algunas satisfacciones, los sinsabores no fueron pocos”*. Entre otras cuestiones, se enfrentó a la amenaza de una huelga sanitaria que pudo evitar, según señalaba *“llevando a sus iniciadores el convencimiento de lo anti práctico y perjudicial que sería para la clase el someter a la observación de las gentes una estadística de mortalidad comparativa según hubiese o no asistencia”*⁹³¹.

Durante su ejercicio como gobernador civil, mantuvo trato con la familia real y, en concreto, en 1927 acudió a saludar a su Majestad el Rey, momentos antes de embarcar en un viaje en expreso a Sevilla⁹³². Ese mismo año, siendo gobernador de Huelva, participó en un mitin de afirmación patriótica y de adhesión a La Corona, durante el que enalteció la obra del Monarca⁹³³. Dos años más tarde, volvió a encontrarse con la familia real en la estación de tren para despedir a Sus Majestades que viajaban a Sevilla con sus hijos, las Infantas Beatriz, María Cristina y el Infante Jaime⁹³⁴. Sin embargo, la relación de Salas con los monarcas se remontaba al año 1903, momento en que asistió como médico a la Infanta Isabel de Borbón y Borbón. Posteriormente mantendrían comunicación epistolar; de hecho, la Infanta dirigió a Salas una carta agradeciéndole su asistencia clínica y, nos consta que le felicitaba las fiestas

viajó a Madrid gestionar la construcción del ferrocarril de Badajoz a Fregenal para enlazar con el puerto de Huelva, que contribuiría a dar más importancia comercial a ese puerto. *ABC*. (5 de abril de 1927), p.25.

⁹²⁷ *ABC*. (17 de noviembre de 1928), p. 25.

⁹²⁸ Salas pidió la dimisión como gobernador para poder *“atender los molestos trastornos circulatorios que ya sentía y a una diabetes de 75 gramos por litro que sin duda se me originó por el exceso de bilis que me hicieron tragar”*. *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹²⁹ *La voz*. (5 de diciembre de 1928). Año IX, número 3366, p.10.

⁹³⁰ *El Imparcial*. (15 de junio de 1928), p.7.

⁹³¹ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹³² *El Noticiero Gaditano*. (25 de enero de 1927). Año IX, número 2581, p.3.

⁹³³ *ABC*. (20 de mayo de 1927), p. 30.

⁹³⁴ *ABC*. (22 de octubre de 1929), p. 33.

navideñas (figura 8). Así mismo, la Infanta envió un retrato personal dedicado al padre de José Salas y Vaca, Agustín Salas, en febrero de 1904, agradeciéndole *"los cuidados de su hijo"* (figura 9). Esta relación, sin duda, facilitó su nombramiento como Gentilhombre de Cámara de su Majestad el 22 de enero de 1912⁹³⁵ y que quince años después, se le reconociera Comendador Ordinario de la Orden Civil de Alfonso XII (Anexo 17)⁹³⁶.

⁹³⁵ Gentilhombre de Cámara era una clase palaciega de la Real Casa y Patrimonio de la Corona de España, a la que, durante los reinados de Fernando VII, Isabel II, Alfonso XII y Alfonso XIII, se accedía como un honor conferido por el Monarca y en señal del aprecio real. *Enciclopedia Universal Europeo-Americana Espasa Calpe* (1923). Tomo XLIX. Barcelona: Hijos de J. Espasa, Editores.

⁹³⁶ La Orden Civil de Alfonso XII es un orden honorífica española, cuya primera regulación se estableció por Real Decreto, el 23 de mayo de 1902, con la finalidad de premiar los méritos contraídos en los campos de la educación, la ciencia, la cultura, la docencia y la investigación. Real decreto creando una Orden Civil denominada Alfonso XII. (1 de junio de 1902). *Gaceta de Madrid*, 152, p. 653 y Real decreto aprobatorio del reglamento que ha de aplicarse para la concesión de la Orden civil de Alfonso XII. (5 de julio de 1905). *Gaceta de Madrid*, 186, pp.73-74.



Figura 8. Felicitación navideña de Isabel de Borbón y Borbón a José Salas y Vaca. Fuente: Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca



Figura 9. Retrato personal de Isabel de Borbón y Borbón dedicado al padre de José Salas y Vaca, Agustín Salas, en febrero de 1904, agradeciéndole los cuidados de su hijo. Fuente: Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca

LA PRODUCCIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA DE SALAS Y VACA

De la neurología a la psiquiatría

Durante los primeros años de ejercicio en la medicina la mayor parte de las publicaciones de Salas se divulgaron tanto en libros impresos como en revistas de ámbito nacional -*Revista de Especialidades Médicas*, *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, *Revista de Sanidad Civil*, *Archivos de Neurobiología*, *Siglo Médico* y *La Correspondencia Médica*-. La amistad con el pintor Rafael Forns y Romans (1868-1939), director de la *Revista de Especialidades Médicas*, publicación con la que Salas colaboró⁹³⁷, y Fernando Calatraveño y Valladares (1851-1916), director de la *Revista de Sanidad Civil*, pudo favorecer su prolífica actividad publicista como el mismo Salas reconoció:

*"Facilitaron las páginas de sus revistas médicas para un desenvolvimiento científico juicioso y oportuno que en aquellos tiempos era solo lícito hallar en publicaciones y debates académicos, a los que asiduamente me era grato concurrir para completar los estudios de una especialidad poco cultivada en aquel tiempo, porque aún se rodeaba de la fama de árida enredosa y poco utilitaria"*⁹³⁸.

El propio Calatraveño prologó, en 1906, "Las neurosis sintomáticas: Estudio clínico de los neurosisismos de causa orgánica", donde le elogiaba del siguiente modo:

"Uno de los médicos más eminentes entre la brillante pléyade de jóvenes que, apenas salidos de las aulas, comienzan a dar realce a la honrosa carrera médica...en brevísimo espacio de tiempo ha conquistado, en honrosas lides, estimadas recompensas y conseguido puestos que suelen alcanzarse como coronamiento de una brillante serie de trabajos efectuados durante los años (...). No es tan sólo un médico clínico, es también un notable escritor, que ha dado a luz estimadas publicaciones científicas. Su constante intervención en debates académicos⁹³⁹ y sus brillantes conferencias en el Colegio de Médicos y en el Hospital de la Princesa⁹⁴⁰, le han colocado a una envidiable altura como divulgador de la ciencia y creándole fama de hábil e intencionado polemista. Tan meritoria

⁹³⁷ *Revista de especialidades médicas*. (1903-1906) y Bertolín Guillén, J. (1992). Las revistas sobre psiquiatría en España hasta 1931. *Archivos de Neurobiología*, 55(1), 23-33, p. 28.

⁹³⁸ *España médica*. (15 de enero de 1930), pp.6-8.

⁹³⁹ Salas, además de ejercer como secretario de la Academia de Ciencias Médico Quirúrgicas en el curso 1905/1906, participó desde su llegada a Madrid en los debates de la esta asociación en los que, entre otros temas, hablo sobre la parálisis ocular, la amaurosis histérica, la enfermedad de Raynaud, la enuresis nocturna de los adultos, la esclerosis infantil, la neuritis múltiple de forma trofo motora, la parálisis de origen cerebral y la parálisis polineurítica. Estos debates académicos y conferencias suscitaron el interés de los medios de comunicación de la época: *Diario oficial de avisos de Madrid*. (1 de abril de 1902), p.3; *El imparcial*. (21 de abril de 1902), p.3; *El Imparcial*. (9 de mayo de 1904), p.1; *Revista de Especialidades Médicas*. (1905), p. CXII; *El País*. (20 de marzo de 1908), p.3; *El País*. (22 de marzo de 1909), p.5; *La Correspondencia de España*. (31 de mayo de 1909), número 18.737, p.6 y *ABC*. (25 de abril de 1910), p.12.

⁹⁴⁰ En 1907 pronunció una conferencia en el Hospital de la Princesa sobre Neuropatías sifilíticas. *El Imparcial*. (3 de abril de 1907), p.2

*labor efectuada, como puede verse, en el plazo de pocos años, hace presagiar para el Dr. Salas un porvenir brillante*⁹⁴¹.

Sus primeras aportaciones estuvieron centradas en patología neurológica: parálisis facial⁹⁴², síndrome protuberancial⁹⁴³, oftalmoplejias⁹⁴⁴, trofoneurosis facial⁹⁴⁵, enuresis nocturna en adultos⁹⁴⁶, parálisis atrófica⁹⁴⁷, lesiones encefálicas⁹⁴⁸, neuropatías específicas⁹⁴⁹, esclerosis encefálicas en la infancia, idiotismo, hemiplejía, paraplejía espasmódica y suspensiones del desarrollo del cerebelo y del lenguaje de los niños⁹⁵⁰, encefalopatía infantil⁹⁵¹, cuadriplejía de la neuritis motora de origen plúmbico⁹⁵²...etc.

A pesar de esta iniciación como neurólogo, se observó un creciente interés de Salas por la patología mental y relación con figuras relevantes de la psiquiatría española como Enrique Fernández Sanz, a quien conocía desde antes de su llegada a Leganés. Ya en el año 1902, sólo un año después de doctorarse, Salas y Vaca dirigió al médico madrileño la publicación "Alcoholofobia" en *La correspondencia Médica*⁹⁵³, cuya respuesta, como hemos señalado, no se hizo esperar, con "Alcoholofilia"⁹⁵⁴. Tres años más tarde, volvería a mencionar a Fernández Sanz en su artículo "Consideraciones acerca de un síndrome protuberancial", en el que se disculpaba por *"la molestia proporcionada por mí al doctor Fernández Sanz, de quién utilicé sus atinadas indicaciones"*⁹⁵⁵.

El interés en la patología mental y su divulgación fue previo al inicio de su actividad clínica en el Manicomio, tal como quedó de manifiesto en las tres conferencias ofrecidas, en 1903, en el Colegio de Médicos de Madrid. Dedicadas al estudio, tanto etiológico como terapéutico, de la neurastenia, fueron publicadas en tres artículos consecutivos en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, bajo el título "La neurastenia, sus causas y tratamiento"⁹⁵⁶. Consideraba

⁹⁴¹ Salas y Vaca, J. (1906a). Las neurosis sintomáticas. Estudio clínico de los neurosisismos de causa orgánica. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 71, 321–332; 361–373; 401–417; 441–456, p. VIII.

⁹⁴² Salas y Vaca, J. (1901). Contribución al estudio de la parálisis facial. Conclusiones. *Revista de Especialidades Médicas*, 167–168.

⁹⁴³ Salas y Vaca, J. (1903c). Consideraciones acerca de un síndrome protuberancial. *Revista de Especialidades Médicas*, 9–13.

⁹⁴⁴ Salas y Vaca, J. (1903d). Naturaleza de las oftalmoplejias. *Revista de Especialidades Médicas*, 156.

⁹⁴⁵ Salas y Vaca, J. (1903a).

⁹⁴⁶ Salas y Vaca, J. (1904). Enuresis nocturna de los adultos. *Revista de Especialidades Médicas*, 253–257.

⁹⁴⁷ Salas y Vaca, J. (1905b). Parálisis atrófica del adulto de forma aguda. *Revista de Especialidades Médicas*, 5–8.

⁹⁴⁸ Salas y Vaca, J. (1906b). Un caso de lesión encefálica. *Revista de Especialidades Médicas*, 84–85.

⁹⁴⁹ Salas y Vaca, J. (1907a). Neuropatías específicas. Su grado de curabilidad. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 17, 346–373; 18, 55–86.

⁹⁵⁰ Salas y Vaca, J. (1907b). Esclerosis encefálicas de la infancia. Idiotismo. Hemiplegia. Paraplegia espasmódica y suspensiones del desarrollo del cerebelo y del lenguaje de los niños. *Revista de Especialidades Médicas*, 10, 401–416.

⁹⁵¹ Salas y Vaca, J. (1907c). Un caso de encefalopatía infantil. *Revista Frenopática Española*, 58, 316.

⁹⁵² Salas y Vaca, J. (1910). Cuadriplejía o neuritis motora de origen plúmbico. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, LXXL, 10–15.

⁹⁵³ Salas y Vaca, J. (1902). Alcoholofobia. Al Dr. D. E. Fernández Sanz. *La Correspondencia Médica*, 37, 544–546.

⁹⁵⁴ Fernández Sanz, E. (1903f) Alcoholofilia. *Correspondencia Médica*, 38, 2–3

⁹⁵⁵ Salas y Vaca, J. (1903c), p.13

⁹⁵⁶ Salas y Vaca, J. (1903b).

que los neurasténicos debían ser tratados en su “ambiente familiar” recomendando una adecuada educación a la familia para sus cuidados. Desconocemos si esta opinión influyó en que no ingresara ningún paciente con este diagnóstico durante los años que Salas fue director de la institución. Conviene señalar, no obstante, que el ingreso de neurasténicos en Leganés fue muy poco frecuente, habiendo registrado tan sólo dos casos, en 1900 y 1905, a lo largo del periodo de estudio⁹⁵⁷. En los siguientes años divulgó, además, “Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica”⁹⁵⁸, un artículo dedicado a Ramón Ezquerro Baig, y “El Benzoato de Mercurio en la sífilis”, trabajo en el que expuso los beneficios terapéuticos de la terapia mercurial en casos clínicos de su propia práctica profesional⁹⁵⁹. Ambos estudios vieron la luz en *La Revista de Especialidades Médicas* y fueron publicados el mismo año que Fritz Schaudinn (1871-1906) descubría la spirocheta en las lesiones genitales primarias, aunque, aún estaba lejos la introducción de la penicilina para el tratamiento de este agente infeccioso⁹⁶⁰. Hemos registrado el uso del mercurio en dos pacientes diagnosticados de parálisis general progresiva y “síndrome delirante expansivo absurdo de fondo paralítico”, del total de los 429 ingresos producidos durante el ejercicio de Salas y Vaca, a los que se les administró este metal pesado en 1914 y 1916 respectivamente⁹⁶¹. Conviene señalar que la medicación mercurial se indicaba para los enfermos sifilíticos desde el siglo XV y constituyó la base del tratamiento de la lúes hasta principios del siglo XX⁹⁶².

El interés de Salas por la patología sifilítica quedó también de manifiesto en los años posteriores. Tan sólo un mes antes de incorporarse al Manicomio Nacional, durante la sesión del 20 de marzo en la Academia Médico Quirúrgica que se dedicó al estudio del Salvarsan (606)⁹⁶³, Salas expuso los resultados que había obtenido al aplicar este tratamiento en dos

⁹⁵⁷ Historias clínicas XX-14 y XX-146. Archivo Histórico del IPSSM.

⁹⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1905b).

⁹⁵⁹ Salas y Vaca, J. (1905c). El Benzoato de Mercurio en la sífilis. *Revista de Especialidades Médicas*, 105–108. Desde el siglo XVI y hasta principios del XX, el tratamiento de la sífilis dependía del mercurio. Tenía una gran variedad de formas de aplicación: tópica, en inyecciones, en fricciones y fumigaciones en donde el mercurio era inhalado. Véase: Leitner, R.M.C., Korte, C., Edo, D. y Braga, M.E. (2007). Historia del tratamiento de la sífilis. *Revista Argentina de Dermatología*, 88 (1), 6-19. El Mercurio también tuvo otros usos, así en el siglo XIX se utilizó como antiespasmódico en el tratamiento de la melancolía. Martínez Pérez, J. Nuevas respuestas a una conducta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX. En F. López-Muñoz y C. Álamo. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 87-130). Madrid: Editorial Panamericana, p.108. Cuatro años después de la publicación del artículo de Salas, Arturo Galcerán Gaspar (1884-1959), hijo de Galcerán Granés también divulgó un artículo sobre el tratamiento de la sífilis con mercurio. Ese mismo autor editó, en 1910, un libro titulado “Acción social contra la sífilis”. Véase: Galcerán Gaspar, A. (1909). Tratamiento de la parálisis general por el mercurio. *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 7, 150-151; Galcerán Gaspar, A (1910). *Acción social contra la sífilis*. Barcelona: Tipografía La Académica.

⁹⁶⁰ Villasante, O. (2004). La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario?. *El Médico* 919, 68-76.

⁹⁶¹ Historias clínicas XX-402 y XX-472. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁹⁶² Moreno Collado C. (1993). El mal venéreo con especial mención sobre la historia de la sífilis. Tercera Parte. *Dermatología Revista Mexicana*, 37, 27-33; Karamanou, M., Kyriakis, K., Tsoucalas, G. y Androutsos, G. (2013). Hallmarks in history of syphilis treatment. *Le Infezioni in Medicina*, 4, 317–319, p. 317.

⁹⁶³ El Salvarsan, también conocido como 606, es un derivado arsenical que fue sintetizado por el médico alemán Paul Ehrlich (1854-1915) en 1907 y dado a conocer a la comunidad científica como un tratamiento eficaz contra la sífilis en el 27º Congreso Alemán de Medicina Interna celebrado en abril de 1910 en Weisbaden. Desde ese momento hasta su comercialización por la casa comercial Farbwerke-Hoechst se repartieron de forma gratuita 65000 dosis. En España fue introducido en el año 1910 de la mano, entre otros,

pacientes sífilíticos con resultado de mejoría concluyendo que, si bien *“es difícil con tan pocos elementos hacer un juicio definitivo (...) nos ofrece una pauta para la clínica neuropática, aprovechando su acción rápida en todos aquellos casos en que los síntomas prodrómicos denuncien la localización nerviosa de las lesiones específicas”*⁹⁶⁴. A pesar de la relevancia de este medicamento en el tratamiento de la parálisis general progresiva, en las historias revisadas durante el periodo en que Salas trabajó en la institución tan sólo se ha registrado el uso de derivados arsenicales en un paciente diagnosticado de psicosis alcohólica que ingresó en 1912⁹⁶⁵, sin que se especifique el compuesto concreto que fue administrado. Si bien hay que tener en cuenta que, como veremos, es probable que algunos de los tratamientos aplicados no quedaran reflejados en los expedientes clínicos de los pacientes, no debemos restarle importancia a la precaria situación asistencial de las instituciones psiquiátricas de la época. Concretamente en Leganés, a pesar de la producción difundida por los médicos del Manicomio como Salas y Vaca, se objetivan importantes discrepancias entre los datos publicados relativos a las terapéuticas administradas y la información registrada en las historias clínicas de los pacientes.

En 1906 apareció *“Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de mayo último”*⁹⁶⁶, donde el autor describía variadas formas de neurosis traumáticas observadas en el Hospital de la Princesa. Estas psiconeurosis habían sido diagnosticadas después de la explosión de la bomba que el anarquista Mateo Morral Roca (1880-1906) había lanzado escondida en un ramo de flores contra la carroza que conducía a Alfonso XIII y Victoria Eugenia de Battenberg, después de su matrimonio, a su paso por la calle Mayor. Aunque el Rey y su esposa resultaron ilesos, el atentado se cobró más de veinte víctimas mortales y se contabilizaron, al menos, un centenar de heridos⁹⁶⁷, alguno de ellos descrito por el propio Salas y Vaca en su artículo. Ese mismo año publicó *“Las Neurosis Sintomáticas”*, extenso texto difundido en cuatro entregas consecutivas en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* en el que hizo hincapié

de Gregorio Marañón y Juan de Azúa. Véase: Del Río de la Torre, E. (1996). *Los orígenes de la Escuela Madrileña de dermatología*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, pp.269-286 y García Sánchez, J.E., García, E. y Merino, M.L. (2010). Cien años de la bala mágica del Dr. Ehrlich (1909-2009). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(8), 521-533.

⁹⁶⁴ Salas y Vaca, J. (1911b). El 606 en neurología. *España Médica*. (10 de abril de 1911), p.12.

⁹⁶⁵ Historia clínica XX-334. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁹⁶⁶ Salas y Vaca, J. (1906c). Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de Mayo. *Siglo Médico*, 53, 450-451. Quince años más tarde vería la luz el libro de Fernández Sanz titulado *Las Psiconeurosis*, entre las que definía como *“especies psiconeuróticas sencillas”* la neurastenia, la psicastenia, el histerismo, la psiconeurosis de angustia y la depresión afectiva simple. Fernández Sanz, E. (1921c). *Las Psiconeurosis*. Madrid: Calpe, p.5. Al contrario de Salas, que tan sólo publicó tres artículos relacionados con la patología neurótica (los ya mencionados sobre La Neurastenia y las Psiconeurosis consecutivas al atentado de Mateo Morral, y Las Neurosis sintomáticas, publicado en 1906 en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*), el que fuera médico consultor del Manicomio elaboró más de quince trabajos sobre esta entidad entre los años 1914 y 1926. Véase: Rey Jordá, E., Dualde, F. y Bertolín, J. M. (2006). *Tres siglos de psiquiatría en España. (1736-1975)*. Madrid: AEN, pp.124-127.

⁹⁶⁷ Sobre el atentado de Mateo Morral contra Alfonso XIII se puede consultar: Avilés, J. (2008). Contra Alfonso XIII: atentados frustrados y conspiración revolucionaria. En J. Avilés y A. Herrerin, A. (eds.). *El nacimiento del terrorismo en Occidente. Anarquía, nihilismo y violencia revolucionaria* (pp. 141-158). Madrid: Siglo XXI.

en la existencia de *“grupos de neurosis, como el histerismo y la neurastenia, que han de durar mucho tiempo entre las perturbaciones funcionales sin lesión conocida”* ⁹⁶⁸. Conviene destacar, sin embargo, que estos diagnósticos no son frecuentes por no decir que están casi ausentes en las historias clínicas estudiadas del Manicomio de Santa Isabel, entre abril de 1911 y junio de 1924, periodo que corresponde con la máxima actividad clínica de Salas y Vaca. Así pues, del total de 429 historias clínicas analizadas no se ha hallado ninguna neurosis sintomática y, tan sólo, se ha encontrado una psiconeurosis en el año 1917. Este diagnóstico correspondía a una mujer de 24 años de edad ingresada en el Manicomio en pensionista de segunda clase, desde diciembre de 1917 hasta junio de 1918, y dada de alta por no presentarse tras concedérsele una licencia, sin que conste ningún tratamiento administrado. En la historia se ha registrado la presencia de una carta de la paciente a un destinatario no identificado en el que se puede leer lo siguiente:

*“Queridísimo Babil: Ya estoy viendo la cara de asombro que pones al ver que estoy en Leganés, y hasta que tú vengas no quiero salir de aquí. Te voy a explicar el caso y verás cómo te asombras, ¿quién nos hace sufrir todo lo que hemos pasado desde que empezaron las relaciones? No tengo que explicarte más. El día que se fue Aurelia Encarna y los meses después de llegar de la estación, tuve una buena con Baltasarito por gustarle acercarse demasiado a María y a quien no es María, ya sabes mamá el poco carácter que tiene, y siempre he tenido que sufrir sus groserías. Desde ese día dejamos de hablarnos, para mí mucho mejor, ya sabes el poco caso que en casa se le ha hecho nunca, el cree que por ser Arquitecto en casa nos íbamos a volver locas, ¿de qué sirve tener una carrera si no se ejerce? No ha sabido más que traer a mi casa la discordia (...)”*⁹⁶⁹.

Es muy posible, aunque desafortunadamente no se conservan las historias clínicas de su ejercicio privado, que las psiconeurosis y neurastenias fuesen cuadros clínicos diagnosticados en su consulta particular en instalación de electroterapia o entre los pacientes que atendía en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa.

Psicosis epilépticas, histéricas y paranoicos familiares

En 1911, el primer año que trabajó en el Hospital de Leganés, Salas publicó “psicosis epilépticas” definidas como:

“Aquellas formas de psicopatías enlazadas de modo directo y dependientes por su génesis con el síndrome epiléptico. Como clínicos y neurólogos siempre solicitó nuestra atención la neurosis epiléptica, porque el resultado final de sus terribles manifestaciones envuelve el mayor de los desórdenes mentales; porque entre sus

⁹⁶⁸ Salas y Vaca, J. (1906a).

⁹⁶⁹ XX-536. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Sobre los escritos de los propios pacientes nos detendremos en un apartado posterior de este capítulo.

*larvados síndromes se esconden los más desastrosos impulsos de perversión criminal (...) caracterizado por la indeleble huella de la abolición mental, que integra la más aparatosa incapacidad psíquica de las que se observan en los Asilos*⁹⁷⁰.

Admitía una predisposición morbosa tanto adquirida como congénita, considerando la herencia como el factor principal en la epilepsia esencial. En esta publicación Salas se sirvió de su experiencia clínica en el Manicomio de Santa Isabel para ilustrar su trabajo, describiendo los casos de doce enfermos, tanto desde el punto de vista diagnóstico como clínico y terapéutico. La epilepsia y sus diferentes variedades -idiotismo epiléptico, síndrome epileptoidé con fondo demencial, demencia epiléptica, parálisis epiléptiforme, epiléptico con fondo constitucional frenasténico, frenastenia con ausencias epilépticas de fondo paralítico, epilepsia sindrómica con frenastenia, epilepsia por meningoencefalitis, epilepsia motora y epilepsia agresiva- constituyeron, más de la décima parte de los diagnósticos hallados en el periodo en que Salas trabajó en Leganés. Además de los 47 pacientes que presentaban alguna variedad de epilepsia como primer diagnóstico, siete de los cuales fueron evaluados como psicosis epiléptica, en otros cinco pacientes la epilepsia se valoró como segundo diagnóstico. Si bien Salas consideraba que estos enfermos presentaban una tendencia al suicidio no se ha objetivado en ninguna historia clínica intentos o suicidios entre los pacientes epilépticos.

En relación a la terapéutica, en "psicosis epilépticas" el médico montillano señalaba que, en cuatro de los cinco epilépticos/as en los que fue utilizado el Veronal®⁹⁷¹, se había modificado la evolución del cuadro mejorando significativamente la clínica. Sin embargo, las aplicaciones terapéuticas encontradas en las historias clínicas revisadas de ese período son muy pobres y tan sólo se ha registrado la administración de aquel dietilbarbitúrico en 1922 para el tratamiento del insomnio que presentaba una paciente diagnosticada de síndrome paratímico y manía aguda, diagnóstico que posteriormente fue modificado por el de demencia hebefrénica⁹⁷². No obstante, si está registrado el tratamiento con Luminal® - barbitúrico, introducido por la casa Bayer y Cía. en 1912, que al sustituir un grupo etílico del

⁹⁷⁰ Salas y Vaca, J. (1911a). Psicosis epilépticas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 93, 289 – 299.

⁹⁷¹ El Veronal® o barbitál -ácido dietilbarbitúrico- fue el primer fármaco de esta familia introducido por Joseph von Mering (1849-1908) y Emil Fischer (1852-1919), en 1903. Véase: Muñoz, S. El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.131-177). Madrid: Editorial Panamericana. Introducido en la primera década de siglo en España por Bayer, su elevada toxicidad y larga semivida, sin embargo, obligaron a la búsqueda de otras formas como el Luminal®, el fenobarbital que se utilizó para la sedación y el control comportamental. Sanfeliú, J. (1908). El veronal en el insomnio. *Archivo de Terapéutica de enfermedades nerviosas y mentales*, 6(33), 76-78 y Juarros y Ortega, C. (1914a). Un caso de veronalismo agudo. *Siglo Médico*, 14(61), 50-51. En el capítulo VI se estudian los barbitúricos y su aplicación en el Manicomio Nacional de Leganés.

⁹⁷² Historia clínica XX-680. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

barbital por un radical fenilo se convirtió en menos tóxico⁹⁷³- en tres pacientes, todos ellos diagnosticados de epilepsia⁹⁷⁴.

Dos años más tarde, en 1913, Salas publicó "Psicosis histéricas y coreicas" donde describía el histerismo como un cuadro que *"no suele ofrecer grandes síndromes vesánicos de cuadro completo y evolución propia, a menos que el individuo que los presente no cuente con estigmas degenerativos suficientes que sirvan de enlace patogénico entre esta neuropatía y la psicosis propiamente dicha"*⁹⁷⁵. Así mismo, definía el temperamento histérico por una emocionalidad desmedida, una débil voluntad, una excitabilidad e irritabilidad que eran responsables de los síntomas como las alucinaciones o las "ideas fijas subconscientes". Estas ideas detenidas en el umbral de la conciencia, bien estudiadas por Jean-Pierre Janet (1859-1947)⁹⁷⁶, eran las responsables de las hiperestesias, contracturas, parálisis, insomnios, tics, obsesiones o delirios presentes en los enfermos. Si bien cuando Salas publicó este trabajo llevaba, al menos un año, trabajando como director facultativo de Santa Isabel, en los historiales clínicos tan solo hemos encontrado una paciente con un diagnóstico similar, una "Psicosis histero-epiléptica con delirio sistematizado de carácter ocasional". Se trata de una mujer que ingresó en el Manicomio a los 34 años en 1913 y permaneció en la institución hasta 1917, cuando se le dio de alta por no presentarse tras concedérsele una licencia de salida. Durante su internamiento se le cambió el diagnóstico al de demencia precoz, sin que se especifique en la historia el momento de esta reevaluación⁹⁷⁷.

Casi una década después, en 1922, se publicó en el semanario *España Médica* "Los enemigos de la familia y del orden social", artículo en el que describía las Psicosis parciales de predominio moral y afectivo. Esta categoría incluía al "orgulloso soberbio", el "avaro ególatra", el "solterón por sistema" y el "envidioso negligente", *"que prisioneros de sus trastornos, viven perturbando el bienestar tranquilo de los que ostentan, por fortuna, íntegras"*

⁹⁷³ Rodríguez arias, B. y Calvo Torras, M. A. (1975). Historia y vigencia en terapéutica del Luminal. *Anales de Medicina y Cirugía*, 55(242), 309–320.

⁹⁷⁴ Historias clínicas XX-631, XX-674 y XX- 713. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁹⁷⁵ Salas y Vaca, J. (1913). Psicosis histéricas y coreicas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 98, 129– 136; 169–175.

⁹⁷⁶ Jean-Pierre Janet, cuya primera formación fue como filósofo, fue requerido por Charcot para el Laboratorio de psicología de la Clínica de la Salpêtrière en 1890. Su ingreso en la historia de la psiquiatría se resume, según Postel y Quérel, por su proposición de pluridisciplinariedad que propuso en *Les obsessions et la psychasthénie* (1903). Así pues, Janet se asocia a la definición del polémico término psicastenia que abarcó las obsesiones, "la locura de la duda", o lo que Magnan había definido como "locura de los degenerados". Véase Postel, J. y Quérel, C. (1987). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 368-375.

⁹⁷⁷ Historia clínica XX-361. Archivo Histórico IPSSM José Germain. El mismo año en que esta paciente ingresó en el Manicomio, Galcerán Gaspar publicó un caso de histeroepilepsia. Véase: Galcerán Gaspar, A. (1913). Histeroepilepsia clásica aunque no frecuente. *Archivo de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 11, 70-72.

*las facultades del espíritu*⁹⁷⁸. Ese mismo año, divulgó "Paranoicos familiares", enfermos definidos como:

*"Psicópatas que afectos de locura lúcida, pasan la vida en el recinto manicomial sin hacer ostensible su delirio, porque sin duda les falta el ambiente doméstico en el que suelen desarrollar sus peligrosas tendencias"*⁹⁷⁹.

Se mostraba preocupado por las repercusiones que la salida del Manicomio de estos enfermos pudiera acarrear a la sociedad ya que, a su juicio, frecuentemente se hallaban sometidos a juicios por su irascibilidad y violencia. Si bien no se han podido identificar los casos a los que Salas hacía referencia en el archivo, si hemos encontrado una mujer diagnosticada de paranoia familiar en el Manicomio Nacional. Esta paciente de 46 años de edad, ingresó por primera vez en el Manicomio, en 1918, con el diagnóstico de alcoholismo y "constitución paranoide forma celosa" y permaneció hospitalizada cerca de dos años. En la historia no se menciona el motivo de alta aunque se le concedió una licencia de dos meses, previa a la tramitación de la misma. La paciente paranoide reingresó dos años después diagnosticada de "síndrome paranoide con impulsos y agresiones que caracterizan la paranoia familiar", siendo dada de alta judicial tras dos años de ingreso sin curación⁹⁸⁰.

No obstante, entre la producción psiquiátrica de Salas y Vaca destaca, sobre todo, *Los Degenerados en Sociedad* (1920)⁹⁸¹, publicada previamente en una serie de media docena de artículos en la *Medicina Social Española* a partir de 1916. El estudio de esta obra merece un apartado independiente, dada la gran influencia que ejerció la teoría de la degeneración en la psiquiatría decimonónica y de primeros del siglo XX.

LOS DEGENERADOS DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS

La teoría de la degeneración en Salas y Vaca: *Los Degenerados en Sociedad*

Benedict A. Morel (1809-1873) formuló, en 1857, la teoría de la degeneración en su *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*⁹⁸² y, tres años más tarde, estableció una clasificación etiológica de las enfermedades mentales en su *Traité des*

⁹⁷⁸ Salas y Vaca, J. (1922a). Los enemigos de la familia y del orden social. *España Médica*, (396), 1-2.

⁹⁷⁹ Salas y Vaca, J. (1922b) Paranoicos familiares. *El Siglo Médico*, 69, 176-178.

⁹⁸⁰ Historia clínica XX-557. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁹⁸¹ Salas y Vaca, J. (1920). *Los Degenerados en Sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya.

⁹⁸² Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*. Paris : Chez J. B. Bailliére. Librairie de L'Académie impériale de Médecine.

*maladies mentales*⁹⁸³. Los postulados de Morel fueron modificados, en 1895, en *Les dégénérés* de Valentín Magnan (1835-1916) y Paul-Maurice Legrain (1860-1939)⁹⁸⁴. A juicio de Rafael Huertas, la introducción de las ideas darwinistas que, en 1859, se habían postulado en *On the origin of Species*⁹⁸⁵, convirtieron la teoría de la degeneración en "más científica"⁹⁸⁶. A finales de siglo empezaron las primeras publicaciones españolas que específicamente abordaron el tema desde el punto de vista clínico, como *Neurosis y degeneración*, publicada en 1897 por Ots y Esquerdo⁹⁸⁷ y, ya en el cambio de siglo, apareció la tesis doctoral *Degeneración y locura* (1900) de Mateo Bonafonte Nogués (1862-1940)⁹⁸⁸. La introducción de la teoría en España ha sido ampliamente estudiada en *Los ilegales de la naturaleza*⁹⁸⁹, indispensable libro cuyo título responde al término utilizado por José María Escuder en *Locos y anómalos*⁹⁹⁰. Si bien, como sostienen los autores de *Los ilegales de la naturaleza*, en general, los frenópatas presentaron cierta reticencia a aplicar la teoría de la degeneración en el terreno clínico⁹⁹¹, Salas constituye una excepción a dicha afirmación. Se puede comprobar, como veremos en el desarrollo de este apartado, por el estudio de las historias clínicas entre 1911 y 1924 -época en que la trabajó presencialmente en la institución psiquiátrica-, que los diagnósticos asociados a la degeneración fueron utilizados en numerosas ocasiones.

⁹⁸³ Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris : Librairie Victor Masson.

⁹⁸⁴ Magnan, V. y Legrain, P. M. (1895). *Les dégénérés. Etat mental et syndromes épisodiques*. Paris: R. et Cie. Sobre el autor se puede consultar: Huertas García-Alejo, R. (1985). Valentín Magnan y la Teoría de la Degeneración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(14), 361–367.

⁹⁸⁵ Darwin, C. (1859). *On the origin of the species*. New York: D. Appleton and Company.

⁹⁸⁶ Huertas García-Alejo, R. (1987). *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC, p.51.

⁹⁸⁷ Ots y Esquerdo, V. (1897) *Neurosis y degeneración*. Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía.

⁹⁸⁸ Bonafonte Nogués, M. (1900). *Degeneración y locura*. Zaragoza: Tipografía de Manuel Ventura. Sobre esta obra y la recepción del degeneracionismo psiquiátrico en España se puede consultar: Huertas, R. (1995b). Sobre la recepción del degeneracionismo psiquiátrico en España: la obra de Mateo Bonafonte. En E. Arquíola y J. Martínez (eds.). *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España. (Siglos XVIII-XX)* (pp. 521-534). Madrid: Editorial Complutense y Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2002). La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales. *Frenia*, 2(1), 31–48.

⁹⁸⁹ Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000). Sobre la Teoría de la degeneración y su introducción en España se puede consultar: Campos Marín, R. (1998). La Teoría de la Degeneración y la Medicina Social en España en el cambio de siglo. *Llull*, 27, 333–356; Campos Marín, R. (1999a). La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920). *Asclepio*, 51, 185–203; Campos Marín, R. (1999b). La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración. *Dynamis*, 19, 429–456; Campos, R. y Huertas, R. (1992). Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(41), 125–129.

⁹⁹⁰ Escuder, J. (1895). *Locos y anómalos*. Madrid: Establecimiento Tip. Sucesores de Rivadeneyra.

⁹⁹¹ Ricardo Campos apunta que la ambigüedad o el rechazo a la aplicación de la teoría de la degeneración en el ámbito clínico varió sustancialmente en el terreno jurídico. Ejemplo de esta actitud serían la disertación *Locos que no lo parecen* de Esquerdo, en la que al exponer el diagnóstico de Garayo el Sacamantecas, acusado de seis asesinatos con violación, se mostró cercano al degeneracionismo aunque no lo nombrara y, el hecho de que tanto Simarro como Vera recurrieran a la descripción de los estigmas físicos, psíquicos y a la herencia para justificar la reclusión de Galeote. Como razones de esta doble postura describe que el alienismo español del siglo XIX se mantuvo durante mucho tiempo influido por la monomanía para explicar la naturaleza de la enfermedad mental. Así mismo, añade la influencia de una red asistencial privada, ubicada principalmente en Cataluña, y dirigida por médicos que reivindicaban el papel científico del alienismo y la curabilidad de la locura, que difícilmente podían aceptar la teoría de la degeneración, ligada a la incurabilidad de la enfermedad mental. Por otra parte, postula que la utilización del degeneracionismo ante los tribunales fue un instrumento para defender la figura del alienista ante otros colectivos profesionales y la opinión pública en general. Véase: Campos Marín, R. (1999a), p.191-197.

El libro de Salas y Vaca se editó en 1920, sin embargo había sido gestado previamente, ya que, a partir de 1916 fue publicado en *La Medicina Social Española*⁹⁹², revista de corta duración (1916-1920), en la que el propio Salas, además de redactor⁹⁹³, participó en “*planear las orientaciones que había de tener*”⁹⁹⁴. Al igual que en el resto de su obra, el médico se sirvió de cuadros clínicos observados en el Manicomio para cuyo estudio fue ayudado por el resto del personal del establecimiento, según él mismo refirió⁹⁹⁵.

La monografía de casi doscientas páginas, fragmentada en 26 capítulos, se enriquece con las descripciones clínicas, las cartas y los escritos de algunos internos de Leganés, cuya redacción probablemente el mismo Salas estimulaba. Así pues, los historiales clínicos del Manicomio Nacional y algunos casos de su consulta privada sirvieron al mentalista para exponer sus concepciones teóricas modeladas por una “filosofía católica”⁹⁹⁶. Los degenerados eran, para el autor, “*seres de génesis cerebral incompleta (...) predispuestos a sufrir procesos de enajenación mental que de un modo transitorio o permanente los hacen extrasociales*”⁹⁹⁷. Salas aceptaba la idea moreliana de la herencia con ciertas restricciones⁹⁹⁸ y admitía una gradación en los síntomas desde las neurosis y los síndromes psicopáticos parciales hasta los imbeciles e idiotas, último grado de degeneración. No obstante, en esta agravación progresiva de los estigmas transmitidos de padres a hijos, el alienista andaluz observó que, frecuentemente, en la práctica aparecían individuos estériles a modo de protección de la especie.

Por otra parte, consideraba que otros factores (enfermedades diatésicas, infecciones agudas, tuberculosis, intoxicaciones profesionales de los obreros, alcohol, morfina o cocaína) podían generar degeneración que era susceptible, sin embargo, de prevenirse con

⁹⁹² *La Medicina Social Española* fue una revista fundada por Bernabé Malo de Poveda, secretario de la Comisión permanente contra la tuberculosis, con el objetivo de denunciar los problemas higiénicos del país. Su fundación fue apoyada por educadores e higienistas del momento y una gran cantidad de médicos, entre los que se encontraba Salas y Vaca. La revista, que se cerró en 1920 por falta de medios, presentó como tónica general una preocupación por la situación sanitaria y social del momento y fue uno de los órganos de expresión del Instituto de Medicina Social, al que también perteneció Salas y Vaca. Álvarez Peláez, R. (1985), pp. 106-107.

⁹⁹³ *El Sol*. (25 de julio de 1919), p.15.

⁹⁹⁴ Salas y Vaca, J. (1920), p. III.

⁹⁹⁵ *Ibidem*, p. VII.

⁹⁹⁶ *Ibidem*, p.VI.

⁹⁹⁷ *Ibidem*, p. 5

⁹⁹⁸ Si bien Salas expuso que las teorías de Darwin, Haekel o Bouchardt, entre otras, no eran capaces de explicar la complejidad de los mecanismos hereditarios, a lo largo de su obra se hace patente su asunción del concepto de herencia disimilar formulado por Prosper Lucas, según el cual la transmisión hereditaria de un proceso morboso predisponía igualmente al padecimiento de otras enfermedades hereditarias diferentes y se utilizó para explicar la heredabilidad no sólo de rasgos físicos, sino también psíquicos y morales. Es probable, por tanto, que al igual que sus coetáneos, Salas desconociera las leyes de Mendel, descubiertas en 1865, cuestión que ha sido planteada por Ricardo Campos. Este autor señala que en general, los psiquiatras, a excepción de Gonzalo Rodríguez Lafora, continuaron anclados, a principios del siglo XX, a la obra de Prosper Lucas. Véase: Salas y Vaca, J. (1920), p.168; Campos Marín, R. (1999); Rodríguez Lafora, G. (1912). Eugénica o la ciencia de la herencia. *España Médica* (20 de mayo de 1912), 10-11 y Rodríguez Lafora, G. (1912). Eugénica o la ciencia de la herencia II. *España Médica* (10 de junio de 1912), 1-3.

las ligas defensivas sociales. De ese modo, Salas y Vaca se desmarcaba del nihilismo propio de la degeneración al considerar ciertos factores preventivos:

*"El ambiente educador influirá ciertamente en el porvenir de estos sujetos que, si en mucho deben la morbosidad a su origen, no en poco corresponderá a su modo de vida"*⁹⁹⁹.

Las psicosis de los degenerados: entre el delirio y la esquizofrenia

La degeneración no era para Salas, muy influenciado por la visión moreliana, una enfermedad en sí misma, sino una desviación del tipo ordinario y corriente, que Bonafonte había denominado como *"ser anormal"*¹⁰⁰⁰. Los sujetos predispuestos mostrarían, en ocasiones y sin ser exclusivo de ellos, trastornos abúlicos como las obsesiones o las fobias¹⁰⁰¹, consideradas para Magnan y Legrain como expresión final del desequilibrio del individuo degenerado¹⁰⁰². En un grado mayor de alteración de la conciencia, el psiquiatra andaluz situaba las impulsiones de los degenerados¹⁰⁰³, entre las que destacaba la impulsión motriz del epiléptico, la cleptomanía, la piromanía, la dipsomanía, la morfinomanía, el suicidio y el homicidio. Se han registrado en las historias clínicas algunas de estas impulsiones: dos diagnósticos de morfinomanía¹⁰⁰⁴- sólo uno de ellos asociado a degeneración mental-, un degenerado dipsómano¹⁰⁰⁵ y tan sólo un suicidio. En relación al suicidio se podría destacar que Salas lo consideraba familiar y hereditario anotando que *"el suicida siempre es un degenerado"*¹⁰⁰⁶. A pesar de dicha afirmación no se ha hallado ninguna alusión a la presencia de estigmas degenerativos en el varón diagnosticado de "demencia paranoide con tendencia suicida" dado de alta, en 1924, por suicidio¹⁰⁰⁷. Asimismo, el autor incluyó en los trastornos propios de los degenerados algunos otros estados psicopáticos o psiconeurosis, como las psiconeurosis de guerra¹⁰⁰⁸. Pero sin duda, para Salas, las locuras sistematizadas fueron por excelencia los cuadros típicos de los degenerados¹⁰⁰⁹.

En general para la descripción de las diferentes variedades delirantes cita la bibliografía francesa, haciendo alusión a las fases evolutivas del delirio descritas por Jean-Pierre Falret

⁹⁹⁹ Salas y Vaca, J. (1920), p.11.

¹⁰⁰⁰ Bonafonte Nogués, M. (1900), p.10.

¹⁰⁰¹ Salas y Vaca, J. (1920), pp.25-27.

¹⁰⁰² Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica: para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia, p. 120.

¹⁰⁰³ Salas y Vaca, J. (1920), pp.28-33.

¹⁰⁰⁴ Historias clínicas XX-470 y XX-645. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁰⁵ Historia clínica XX-598. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁰⁶ Salas y Vaca, J. (1920). pp.31-32.

¹⁰⁰⁷ Historia clínica XX-715. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁰⁸ Salas y Vaca, J. (1920), pp.34-38.

¹⁰⁰⁹ *Ibidem*, pp.39-121.

(1794-1870)¹⁰¹⁰, al delirio de persecución (perseguidos perseguidores) definido por su discípulo Charles E. Lasègue (1816-1883)¹⁰¹¹ e inspirándose, según el mismo señalaba, en la descripción que de estos sujetos realizaba Emmanuel Regis (1855-1918)¹⁰¹² en su *Tratado de Psiquiatría*¹⁰¹³. Salas detalló los delirios persecutorios crónicos de Valentin Magnan (1835-1916)¹⁰¹⁴, que dividía en perseguidos (espiados, robados, arruinados, familiares, celosos y eróticos) y perseguidores (ambiciosos, inventores, eróticos y celosos, místicos y políticos)¹⁰¹⁵. Si bien, los también franceses de la siguiente generación como Paul Sérieux (1864-1967) y Joseph Capgras (1873-1950)¹⁰¹⁶ que definieron el delirio de interpretación y de reivindicación, ocuparon un lugar destacado en el libro de Salas, el autor conocía y citó la obra de Emil Kraepelin (1856-1926)¹⁰¹⁷. En las historias clínicas, ya en 1911 al comienzo de su ejercicio, utilizó el concepto de paranoia¹⁰¹⁸, que en algunas ocasiones, lo asoció o intercambió con el de delirio de interpretación y el de reivindicación.

Si bien no se va a realizar una enumeración de todos los diagnósticos asociados con la degeneración que aparecen en las historias clínicas revisadas en este apartado, cuestión que se analizará con más detalle en el capítulo V de esta tesis doctoral, son interesantes algunas observaciones con el fin de valorar la repercusión de la teoría en la atención clínica de Salas

¹⁰¹⁰ Jean-Pierre Falret, fue discípulo de Esquirol. En su obra *Du Délire*, que vio la luz en el año 1839, criticó a su maestro debido a que éste no había incorporado en la definición de *délire* la falta de conciencia de estar equivocado. Véase: Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia, Clínica, Metateoría*. Madrid: Editorial Trotta, pp.55-58 y Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, p.139.

¹⁰¹¹ Ernest Charles Lasègue introdujo en su trabajo *Du délire de persécutions* (1852) la idea de que los delirios paranoides o de persecución constituían un trastorno separado y los clasificó en generales y parciales. Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996), pp.59-60 y Berrios, G. E. (2008), p.143.

¹⁰¹² El *Tratado de psiquiatría* de Regis fue traducido de la cuarta edición francesa por Cesar Juarros. Regis, E. (1909). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.

¹⁰¹³ Salas y Vaca, J. (1920).p.23.

¹⁰¹⁴ En 1892 Valentin Magnan y Paul Sérieux desarrollaron la noción de "estado delirante crónico con evolución sistemática" (*Le délire chronique à évolution systématique*) que comprendía cuatro etapas: la de incubación (ánimo delirante), la de cristalización de los delirios persecutorios, la aparición de los delirios de grandeza y la demencia (defecto mental). Berrios, G. E. (2008), p.157. Magnan, al definir el *délire chronique à évolution systématique*, utilizó un criterio evolutivo que sustituyó el criterio temático con el que Lasègue había definido el *délire de persécutions*, en 1852. Sobre el tema se puede consultar Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Editorial Síntesis, pp. 80-81.

¹⁰¹⁵ Salas y Vaca, J. (1920), pp. 53-58.

¹⁰¹⁶ Paul Sérieux y Joseph Capgras, en su obra *Les Folies Raisonantes, Le Délire d'Interprétation*, describieron el delirio de interpretación en el que los autores se alejaron de las ideas demasiado generalizadoras de Magnan. Se caracterizaban pues por delirios múltiples y organizados, ausencia de alucinaciones, intelecto normal, curso crónico e incurabilidad sin deterioro terminal, lo que, a juicio de German Berrios podría constituir una tempana descripción de los trastornos delirantes. Berrios, G. E. (2008), pp.157-158. La primera traducción íntegra de la obra de estos autores se puede consultar en: Sérieux, P. y Capgras, J. (2007). *Las locuras rasonantes: el delirio de la interpretación*. Madrid: Ergon y para un análisis de esta obra se puede consultar: Álvarez, J. M., Colina, F. y Esteban, R. (2009). A propósito de las Locuras Razonantes: El delirio de interpretación de Paul Sérieux y Joseph Capgras. *Frenia*, 9, 135-140.

¹⁰¹⁷ Salas y Vaca, J. (1920), p. 50. Nueve años más tarde incluso señalaría las ventajas que, a su juicio, tenían las descripciones alemanas de Bleuler (esquizofrenia), Kraepelin (psicosis maniaco depresiva) y Kretschmer con sus biotipos asténico, pícnico, atlético y displásico las cuales "*han hecho que se puedan ir aclarando síndromes*". Salas y Vaca, J. (1929), p. 31.

¹⁰¹⁸ La paranoia que ya había sido descrita por autores alemanes como Heinroth (1773-1843), Griesinger (1817-1868), Hoffman y Snell, Kahlbaum, Sander, Westphal o Neisser, ocupó una de las categorías clínicas descritas por Kraepelin en su *Tratado de Psiquiatría*. Entre 1883 y 1915, fechas en las que se publican las ocho ediciones de *Psychiatrie* firmadas exclusivamente por Emil Kraepelin, el campo clínico de la paranoia se vio menguado debido a que gran parte de los pacientes que eran etiquetados de paranoides, pasaron a conformar el grueso de la *Daementia paranoide*, el tipo clínico más amplio de la *Daementia praecox*. Véase: Álvarez, J. M. (1985). Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que de este dimanar: paranoia (I) esquizofrenia (I). *Cuadernos de Psicología*, 2, 125-153.

y Vaca. Hay que señalar que la diversa terminología relacionada con el degeneracionismo apareció en 41 pacientes, que corresponde al 9,5% del total de pacientes ingresados en los años en los que el neuropsiquiatra andaluz trabajó en la institución. Este porcentaje, nada despreciable si se tiene en cuenta que, previamente y posteriormente a esta época el diagnóstico fue prácticamente inexistente¹⁰¹⁹, constituye el doble al registrado si tenemos en cuenta los ingresos totales de nuestro periodo de estudio (1900-1931)¹⁰²⁰. El director de Leganés asociaba la degeneración más frecuentemente con diferentes síndromes delirantes -delirio de persecución¹⁰²¹, delirio paranoide¹⁰²², delirio sistematizado de interpretación¹⁰²³, delirio erótico con impulsos¹⁰²⁴, delirio confusional con automutilaciones¹⁰²⁵-, demencia precoz¹⁰²⁶, dromomanía impulsiva¹⁰²⁷, epilepsia¹⁰²⁸, síndrome hebefrénico¹⁰²⁹, demencia catatónica¹⁰³⁰ o morfinomanía¹⁰³¹, pero también se registran casos de degeneración mental o síndrome degenerativo no asociados a ninguna otra patología. En las historias de Salas se aprecian otras denominaciones como degeneración congénita¹⁰³², psicosis degenerativa¹⁰³³, psicosis razonadora degenerativa (locura moral)¹⁰³⁴, alcoholismo con fondo degenerativo¹⁰³⁵, psicopatía degenerativa¹⁰³⁶, síndrome degenerativo sin manifestaciones mentales delirantes¹⁰³⁷, demencia degenerativa¹⁰³⁸, degeneración mental con impulsos¹⁰³⁹ o el ya citado degenerado dipsómano¹⁰⁴⁰. Ni siquiera la esquizofrenia, un diagnóstico de aparición más tardía en las historias se apartó de dicha calificación ya que, en 1922, un varón de 17

¹⁰¹⁹ Mollejo Aparicio, E. (2011). *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM.

¹⁰²⁰ Entre 1900 y 1931 ingresaron, como veremos, 60 pacientes diagnosticados con terminología relacionada con la degeneración, lo que supone el 5,7% del total. En el capítulo V se aborda esta cuestión con más detalle.

¹⁰²¹ XX- 47. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²² XX- 599. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²³ XX- 443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁴ XX- 546. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁵ XX- 586. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁶ XX- 457. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁷ XX- 573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁸ XX- 391. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰²⁹ XX- 433. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁰ XX- 596. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³¹ XX- 645. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³² XX- 444. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³³ XX- 701. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁴ XX- 725. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁵ XX-362. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. A este paciente se le diagnosticó también de delirio de persecución. El alcoholismo junto a la herencia biológica fueron las dos causas por excelencia de la degeneración. La idea de que el alcoholismo podía heredarse fue descrita por autores como Magnan o Legrain cuyas obras influyeron de forma determinante en el discurso médico sobre el alcoholismo en la España de la Restauración. De esta manera, el alcoholismo se convertiría en uno de los caminos hacia la degradación de la especie humana. Véase: Campos, R. y Huertas, R. (1992). Sobre la influencia de Legrain en los movimientos antialcohólicos franceses se puede consultar: Prestwich, P. E. (1997). Paul-Maurice Legrain (1860-1939). *Adiccion*, 92(10), 1255 – 1263.

¹⁰³⁶ XX- 397. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁷ XX- 471. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁸ XX- 564. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰³⁹ XX- 509. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁴⁰ XX- 598. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

años, que había ingresado en febrero de 1916 por demencia precoz, fue reevaluado como una esquizofrenia degenerativa¹⁰⁴¹ y, un año más tarde, una mujer de 22 años de edad fue diagnosticada de demencia precoz catatónica y esquizofrenia degenerativa¹⁰⁴².

Degeneración y escritura en el Manicomio

Algunos de estos pacientes sirvieron para ilustrar la teoría y la psicopatología que Salas reprodujo en *Los Degenerados en Sociedad*, transcribiendo de forma literal los escritos o cartas de los pacientes, algunas de gran extensión. Es el caso de un comerciante de 50 años, diagnosticado de "psicosis sistematizada progresiva forma delirante de persecución y grandezas", ingresado por orden gubernativa en pensionista de segunda desde el 9 de marzo de 1911 y procedente del Manicomio de San Rafael de Valladolid. El delirante redactó varios escritos durante su internamiento, entre los que hemos encontrado, además de dos cartas dirigidas a las personas que sentía como perseguidores, una misiva para el propio Salas y Vaca. A pesar de su extensión, reproducimos su contenido dado que ilustra detalles de su patología megalomaniaca:

"Manicomio del Estado

Leganés: 21 Diciembre 1918

Señor Doctor Don José Salas Vaca descendiente directo del muy ilustre centurión. Madrid

Muy estimado señor mío, amigo y dueño: Empiezo esta carta el día 21 para que Don Ignacio se digne hacerla llegar a manos de V. el día 23 día de Santa Victoria; y tomo la pluma con profunda indignación y hasta con rabia para manifestar a V. que no estoy dispuesto a seguir sirviendo de mofa y de burla al rey Alfonso XIII y a la camarilla que le rodea; ni tampoco lo estoy a seguir deleitando con mis epístolas las vidas del Gobierno; porque si yo me prestara a seguir sirviendo de cisne, llegaría el año que viene y no se me habrían mandado los documentos, faltando abiertamente a lo pactado con la Santa Sede.

Así es que estoy resuelto a no contestar a ninguna pregunta que se me hiciere venga de donde viniere.

Yo no he venido al mundo para ceñir coronas, ni para servir de una especie de testafarro a los Gobiernos del rey Alfonso XIII. - ¿No se titula el rey Persona Real?- Pues las Personas Reales no necesitan que nadie les diga lo que tiene que hacer en el cumplimiento de sus deberes porque Dios mismo se encarga de hacerlo por medio de la sangre Real, esto es, sangre del Profeta-Rey, que sin mezcla de ninguna otra circula por mis venas y las de mis cuatro hijos: Pilar, Ernesto, Álvaro y Elena" (...)

Pudo evitarse el secuestro; Sí y el Tribunal Supremo lo demuestra, y al demostrarlo no quedan en situación airosa mis dos hijos mayores – Pilar y Ernesto- ni su tía ni su abuela. (mi carta a Sor Leoncia). Sin comentarios. Ciudad Auriolos¹⁰⁴³ no hizo servirles no hizo en todo este asunto más que cumplir órdenes del Gobierno.

¹⁰⁴¹ XX- 447. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁴² XX- 707. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁴³ José Ciudad y Auriolos (1849-1924). Jurista y político español, que accedió a la carrera judicial, ejerció como juez y magistrado y llegó a ser nombrado presidente de la Audiencia de Málaga. Miembro del Tribunal Supremo, en el año 1917 se convirtió en su

Fue atrevimiento inaudito el del Tribunal Supremo de proclamarme Ante- Cristo antes de yo serlo!

(...)

Yo no me diferencio, de mi señor Salas, de los demás mortales más que en el cerebro que ha sido tan maravillosamente organizado por Dios que con solo soplar Dios en el comprende inmediatamente y traza mi mano todo lo que Dios quiere que yo comprenda y escriba. Apoderarse de ese cerebro era lo que Satanás se proponía y lo hubiera conseguido si yo me hubiera atrevido a levantar nada más que un poquito la cabeza ante la Sabiduría infinita.

(...)

Mi hija Elena podrá verme cuando ella quiera después que yo esté instalado en la Nunciatura y a mis sobrinos y sobrinas los recibiré con gusto si quieren conocer y saludar – no al Ante - Cristo – si no al jefe de la única Familia Real que existe en el mundo”¹⁰⁴⁴.

En la historia clínica de este paciente hemos registrado también notas manuscritas de Salas que corresponden al borrador de *Los Degenerados en Sociedad*. En concreto, el facultativo escribió sobre las letras redactadas por el propio paciente, el encabezado para presentar el escrito del enfermo que se puede leer en su libro. En dicho boceto se observan indicaciones acerca del carácter de letra que debía usarse en la versión definitiva de la obra de Salas (figura 10).

presidente, manteniéndose en este puesto hasta 1923, año en el que se produjo el golpe de Estado del general Primo de Rivera. También fue Senador por derecho propio entre 1919 y 1923. Véase: Índice alfabético de personajes de la Real Academia de la Historia. <http://www.rah.es:8888/ArchiDocWeb-RAH/action/isadg?method=retrieve&id=35187> [consultado el 10 de mayo de 2016] y Expediente personal de senador de José Ciudad y Auriol. <http://www.senado.es/web/conocersenado/senadohistoria/senado18341923/senadores/fichasenador/index.html?id1=728> [consultado el 10 de mayo de 2016].

¹⁰⁴⁴ Historia clínica XX-308. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

1. En el escrito que en "~~Leganes~~"
 5 de Agosto de 1912. dirige a un
 nueva con el ~~epitafio~~ ~~destinado~~
 y que ~~de construcción~~ ~~trasciende~~ un
 pueden verse los ~~factos~~ del delirio
 este enfermo (Pongan caracter mas pequeño de letra)

1. Señora: Una mañana fría del mes de Mar-
 zo del pasado año de 1911 y día en que la Iglesia
 celebra la festividad del glorioso San Juan de Dios,
 se presentaron en el Manicomio de San Rafael
 de Valladolid dos sujetos vestidos de uniforme en
 que se destacaban las armas de España, y me
 invitaron, valiéndose de un subterfugio dispa-
 rado, a emprender con ellos un viaje a Madrid.
 Mi estado de salud era aquel día tan deplorable
 que a duras penas podía tenerme en pie; pero
 comprendiendo que se trataba de mi traslado a
 viva fuerza al Manicomio nacional de Leganés y
 que mi aquellos individuos podían hacer otra
 cosa que cumplir las ordenes que traían, mi los
 Directores facultativo y administrativo del Estableci-
 miento podían tampoco (con gran sentimiento
 suyo) ~~defenderme~~ ~~de~~ aquel nuevo e inaudito atropello, acepté
 la nueva situación que se me creaba, no sin
 hacerles observar que era temeridad grande empre-
 der yo un viaje en tan deplorable estado y en un
 tiempo tan crudo. - El Sr. D. T. ~~Alonso~~ ~~San~~
~~Diego~~ ~~Pinto~~, al despedirse de mí, me recetó unas
 píldoras para que las tomase durante el viaje,
 pues la tos me ahogaba, y sin mas requisitos

Figura 10. Borrador de *Los Degenerados en Sociedad* de José Salas y Vaca. Fuente: Historia clínica XX-308. Archivo del IPSSM José Germain

También hemos localizado notas de la monografía en el historial clínico de un varón de 25 años, que ingresó en enero de 1916 procedente de la cárcel, donde había sido internado tras asesinar a su mujer. A su llegada a la institución fue diagnosticado de "síndrome paranoide

de interpretación. Degenerado perseguido perseguidor celoso. Delirio sistematizado de interpretación". En su historia hemos encontrado cartas dirigidas a sus padres y escritos con contenidos autobiográfico¹⁰⁴⁵, en los que insiste en su estado de cordura aludiendo a toda una serie de variados argumentos, algunos de ellos transcritos por Salas y Vaca en su libro. En la primera página de un largo manuscrito autobiográfico redactado por el paciente, y que el médico andaluz reprodujo en su obra¹⁰⁴⁶, se pueden observar también anotaciones de Salas (figura 11).

El caso de este "celoso parricida" es utilizado en el libro como un ejemplo de psicosis sistematizada crónica o delirio de interpretación de Sérieux y Capgras que según Salas:

*"hace compatible al enfermo, cual sucede en nuestro caso, con un despejo intelectual lúcido, y su restringida extensión no permite incluir en él, más que aquellos casos de perseguidos familiares, de ordinario celosos, que, como sucede en nuestro caso, se hacen perseguidores, llegando a los actos delictivos para satisfacer una imaginaria reivindicación personal"*¹⁰⁴⁷.

Así mismo, señalaba la presencia de antecedentes familiares, que describía como una *"gran tara digenésica: en su familia reinan las neuropatías funcionales y en un hermano pequeño se ofrece una parálisis por un proceso meningo-encefalítico"* y la presencia de estigmas físicos¹⁰⁴⁸, si bien el autor no los describió ni en la historia clínica, ni en el texto publicado¹⁰⁴⁹.

¹⁰⁴⁵ En la historia clínica de este paciente se pueden leer dos largas cartas dirigidas a sus padres, una de las cuales está manuscrita y a máquina. Así mismo, se ha encontrado un documento sobre la historia biográfica del paciente redactado también a máquina. Historia clínica XX-308. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁴⁶ La transcripción de la carta de este paciente se extiende a lo largo de 30 páginas de la obra de Salas. Véase: Salas y Vaca. J. (1920), pp. 75-105.

¹⁰⁴⁷ *Ibidem*, p. 74. Salas apuntaba que la conservación íntegra de sus facultades mentales diferenciaba a los pacientes afectados de este delirio de la demencia "paranoia" de Kraepelin.

¹⁰⁴⁸ Uno de los elementos fundamentales de la teoría de la degeneración era la constatación de la anormal constitución física y psíquica del individuo. Morel en su *Traité des dégénérescences* se refería a este aspecto que luego abordaría en su *Traité des maladies mentales*, si bien, fue Lombroso, con su Teoría del criminal nato quien daría un enorme valor a los estigmas estableciendo una correspondencia entre la conformación física, la enfermedad mental y la criminalidad. Campos Marín, R. (1999). Sobre la importancia de las teorías lombrosianas en el periodo estudiado puede verse: Peset, J. L. y Peset, M. (1975). *Lombroso y la Escuela positivista italiana*. Madrid: CSIC.

¹⁰⁴⁹ Salas y Vaca, J. (1920).p.73.

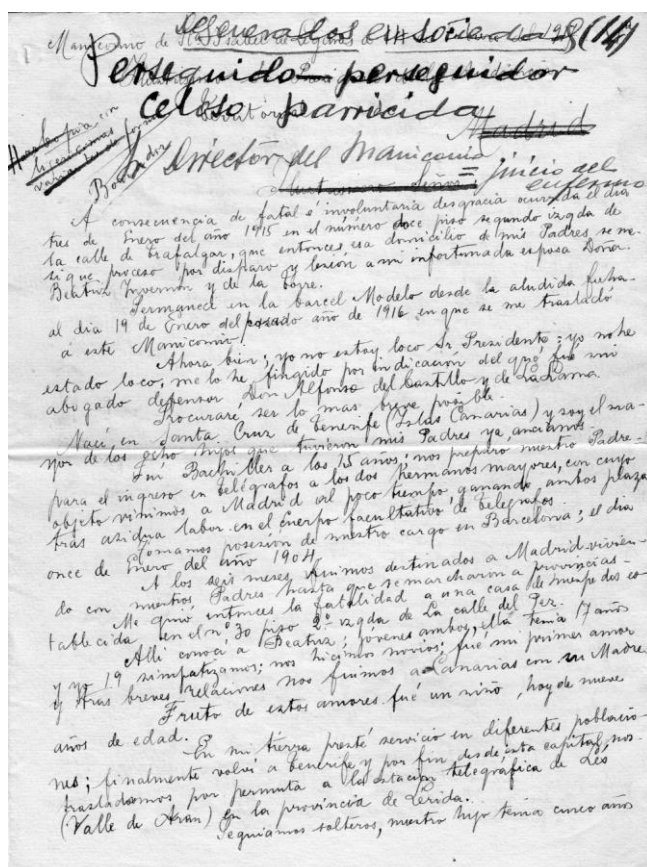


Figura 11. Borrador de *Los Degenerados en Sociedad* de José Salas y Vaca. Fuente: Historia clínica XX-443. Archivo del IPSSM José Germain

La herencia como base de la degeneración y la ausencia de estigmas físicos en los pacientes de Leganés

Salas apuntaba la presencia de antecedentes familiares en los pacientes delirantes, que serían suficientes para explicar la predisposición a la degeneración. De hecho, subrayaba que:

*"Jamás, a no ser con fines de detallado informe, preguntamos a las familias de vesánicos por antecedentes hereditarios, pues nuestro hábito de suponerlos siempre a la vista del enfermo, quita a sus allegados, todo temor a forzadas declaraciones de herencia"*¹⁰⁵⁰.

Esta concepción se refleja en las anotaciones realizadas en las historias clínicas ya que, de un total de 1041 historias, tan sólo se registraron los antecedentes familiares en un tercio

¹⁰⁵⁰ *Ibíd.*, p.23. En la historia clínica número XX-443 del Archivo Histórico del IPSSM José Germain se puede apreciar una foto de este paciente.

(34,5% del total). Si tomamos como muestra las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el periodo en el que Salas trabajó de forma presencial en la institución, este porcentaje es muy similar, alcanzando el 33,6%.

En relación a la presencia de estigmas físicos de degeneración¹⁰⁵¹, si bien no los consideraba imprescindibles para el diagnóstico, afirmaba que *"el individuo nace degenerado ya, ofreciendo a veces una serie de estigmas y anomalías orgánicas"*¹⁰⁵², considerando incluso que la degeneración podía ser exclusivamente psíquica:

*"Muchos sujetos, la mayoría puede afirmarse que carecen de estigmas físicos, tendiendo que apoyar nuestros juicios de morbosidad mental en el complemento de las funciones de la inteligencia"*¹⁰⁵³.

La importancia otorgada a los estigmas psíquicos o morales estaba ya presente en la obra de Magnan y Legrain¹⁰⁵⁴, resultando especialmente útiles para la identificación de niños degenerados en los que se hacían referencia a retrasos intelectuales o afectivos y, a la "inadaptabilidad social", estigma que, a juicio de Rafael Huertas, tenía más que ver con criterios de "norma social" que con auténticos juicios clínicos¹⁰⁵⁵.

Tan sólo hemos encontrado alusión a la presencia de estigmas de degeneración en el caso de un empleado de 28 años que ingresó en agosto de 1919 procedente del Manicomio de Ciempozuelos, en cuya hoja de entrada se registró el diagnóstico de "degeneración mental con manifiestos estigmas". En la historia de este paciente que se fugó del establecimiento dos años después, se halla un certificado médico manuscrito firmado por Salas y Del Mazo en el que afirman lo siguiente:

"Transcurrido el periodo de observación del asilado (...) en este Manicomio (...) ingresado en el Establecimiento por Orden de la Dirección General de la Administración con fecha de 20 de agosto de 1919. Resulta que este sujeto, por los antecedentes y datos que suministra la familia y los recogidos por las observaciones que se consignan en su hoja clínica padece una degeneración mental de carácter abúlico que le imposibilita para dirigir acertadamente sus actos, no siendo tributario hasta ahora de una reclusión definitiva por no presentar dentro

¹⁰⁵¹ Uno de los alienistas que más valor dio a los estigmas físicos fue Escuder, que en la valoración que realizó de Manuel Vicente y Vendrel, veterinario condenado a muerte por el asesinato de un paisano suyo, hizo una pormenorizada descripción de los estigmas físicos del mismo. Así mismo, Sanchís Banús, sobre el niño golfo publicado en 1916 presentó una serie de fotografías al final del libro para subrayar la importancia de los estigmas físicos como prueba inequívoca de degeneración. Si bien, es importante destacar que en la segunda década del siglo XX surgieron voces críticas sobre la excesiva e injustificada importancia que se le daba a los estigmas físicos como la de César Juarros, que señalaba que para dar un diagnóstico fiable era necesario tener en cuenta al menos cinco estigmas y siempre que fueran los de mayor significación. Campos Marín, R. (1999b), pp.446-450.

¹⁰⁵² Salas y Vaca, J. (1920), p.11.

¹⁰⁵³ *Ibidem*, p.14.

¹⁰⁵⁴ Magnan, V. y Legrain, P. M. (1895), pp. 86 y ss.

¹⁰⁵⁵ Huertas, R. (1998b). Niños degenerados, Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo. *Dynamis*, 18, 157-179.

*de su psicosis constitucional ningún síndrome delirante peligroso (...). 2 de junio de 1920*¹⁰⁵⁶.

Precisamente estos estigmas habían sido utilizados, en ocasiones, como argumento en los tribunales para determinar la locura de los penados y justificar un ingreso psiquiátrico como el caso del cura Galeote, acusado de asesinar al obispo de Madrid-Alcalá el 18 de abril de 1886, en cuyo polémico juicio intervinieron Jaime Vera (1859-1918), Luis Simarro (1851-1921) y Escuder¹⁰⁵⁷. Cayetano Galeote Cotilla fue declarado irresponsable e ingresó en el Manicomio de Leganés el 15 de marzo de 1888. Desconocemos el diagnóstico de entrada ya que la historia clínica no se halla en el Archivo, sin embargo sabemos que Salas, años después de su ingreso, examinó al paciente declarándolo "degenerado perseguido perseguidor reivindicador de tipo reformador místico". De hecho el facultativo le dedicó un artículo en el semanario *España Médica* titulado "La más peligrosa de las locuras" en el que reivindicaba el ingreso en los manicomios de los "*degenerados mentales que, abandonados a los impulsos morbosos de sus psicosis, perpetraron crímenes*". Argumentaba que "*un análisis superficial de los hechos y un estudio incompleto de su mentalidad*" era la causa de que estos pacientes, irresponsables de sus acciones, acabaran en prisión, y ponía como ejemplo el caso de Galeote al que, en su opinión, "*tarde, sin duda, se sometió a este sujeto a su prisión manicomial*"¹⁰⁵⁸.

El paciente, que protagonizó episodios violentos dentro de la institución¹⁰⁵⁹, permaneció ingresado en Santa Isabel, salvo alguna fuga, hasta su fallecimiento en 1922, lo que permitió que el mentalista andaluz, transcribiera una carta del sacerdote dirigida al Papa León XIII, con fecha de 4 de julio de 1887, en *Los Degenerados en Sociedad*¹⁰⁶⁰.

¹⁰⁵⁶ Historia clínica XX-591. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁵⁷ Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds.). (1979). *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*. Madrid: La Piqueta. En este libro se pueden leer las intervenciones de los tres psiquiatras y, especialmente, la de Escuder con una minuciosa descripción física del cráneo, cara, frente y labios. Tanto Simarro como Escuder sostuvieron que el paciente presentaba una enfermedad mental degenerativa, mientras que Jaime Vera describió un componente impulsivo y un componente delirante, cuya combinación constituían el diagnóstico de "delirio de grandezas en incubación y un delirio de persecución". Véase: Campos Marín, R. (2003). Criminalidad y locura: el cura Galeote. *Frenía*, 3(2), 111-145, p. 145.

¹⁰⁵⁸ Salas y Vaca, J. (1912). La más peligrosa de las locuras. *España médica*. (1 de diciembre de 1912), pp. 4-5. Sobre Galeote se puede ver el blog de Óscar Martínez Azumendi: <http://www.psiquifotos.com/2012/10/240-la-denuncia-psiquifotera-del-cura.html> [consultado el 29 de octubre de 2016].

¹⁰⁵⁹ En el artículo de *España Médica* Salas señalaba que Galeote agredió durante su internamiento a Ignacio Del Mazo. Salas y Vaca, J. (1912), p.5;

¹⁰⁶⁰ Salas y Vaca, J. (1920), pp.116-120.

Degeneración y delincuencia: la locura moral

El facultativo describió también la "locura moral" como un tipo de enfermedad degenerativa. Definía a los locos morales como:

*"Sujetos, sueltos, abandonados a sus perversos impulsos, con claros estigmas físicos a veces, de tendencias perversas siempre, insensibles a los regaños y elogios, vanidosos, orgullosos de sí mismos, egoístas, indecisos para todo aquello que no sea capricho; irritables para lo adverso, violentos, rencorosos y vengativos, coléricos impulsivos, peligrosos hasta el punto de realizar con premeditación y felonía las mayores crueldades (...) entregados al juego, al robo y al alcohol (...) aprovechan la despierta inteligencia con que al parecer están dotados, para ir sembrando, gracias a su insensibilidad moral, la perniciosa semilla de destrucción social"*¹⁰⁶¹.

No hay que olvidar que el término "locura moral" fue descrito por el médico británico James Cowles Prichard (1786-1848) como un *"desorden cuyos síntomas solo se muestran en el estado de los sentimientos, afectos, humor y en los hábitos y conducta del individuo, o en el ejercicio de aquellas facultades mentales que se denominan los poderes activos y morales de la mente. No hay en este desorden ilusión o alucinación perceptibles"*¹⁰⁶².

Hemos registrado la presencia de un paciente diagnosticado de "psicosis razonadora degenerativa (locura moral)" que ingresó en la institución, en junio de 1924, a los 23 años de edad y fue dado de alta en abril del año siguiente, tras no regresar de un permiso de salida temporal. A su llegada a la institución Aurelio Mendiguchía anotaba:

"Empiezan a presentarse en este enfermo sus primeras anormalidades a la edad de trece años, donde sin concluir el bachillerato empezó en una academia preparatoria militar haciendo una vida de vicio tan precoz para un niño de su edad que obligó a sus padres a encerrarlo en el correccional de Santa Rita donde estuvo 18 meses, siguiendo su preparación militar; pero nunca llegó a ingresar en Academias; después ha seguido diversas carreras y oposiciones distintas, sin conseguir nada; más bien por mal estudiante, que por falta de capacidad para el estudio. Ha tomado en diferentes ocasiones cocaína (hasta cinco gramos según su madre) y ampollas de morfina; se embagaba con alguna frecuencia, llegando a padecer delirios terroríficos tóxicos hasta el punto de que un médico de Valencia lo diagnosticó de toxifrenia cocaínica. Pidió voluntario para África, realizando una serie de pequeñas faltas que dio motivo a su traslado al Batallón disciplinario, donde en su primera guardia y con toda intención-pues sabía la inutilidad definitiva- disparó (sic) con un fusil en el dedo pulgar de la mano derecha, el cual ha sido amputado. De vuelta a Madrid, ha seguido haciendo la misma vida de crápula y vivió teniendo perdida toda idea de moralidad, robando pequeños objetos a compañeros,

¹⁰⁶¹ Salas y Vaca, J. (1912), p.5.

¹⁰⁶² Prichard, J. C. (1842). *On the different forms of insanity. In relation to jurisprudence*. Londres: Hippolyte Baillière. Sobre el tema se puede consultar: Peset, J. L. (1983). *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica.

destrozándose las ropas para procurarse dinero, sostiene relaciones y amistades con individuos de vida equívoca, invertidos, (...), prostitutas, etc.

Últimamente reclama a su madre la parte que le corresponde de la herencia de su padre, hablando de ella como no corresponde a un hijo. Ha puesto este asunto en manos de varios abogados que al principio han tomado el interés (...), pero que al saber los antecedentes de este individuo lo han abandonado.

Por consejo de los médicos de la familia, informaron el expediente de su reclusión en este Manicomio.

El enfermo es inteligente y sagaz procurando engañar bajo una capa de bondad a todos cuantos le rodean (mitomanía)”¹⁰⁶³.

Tres meses después del internamiento, el que fuera alcalde del municipio señalaba:

“Durante su reclusión en este Manicomio, su conducta ha sido ejemplar, acatando cuantas órdenes se le han dado sin revelarse contra enfermeros, hermanas de la caridad, practicante, médicos, etc. No han podido apreciarse trastornos tóxicos por cocaína, morfina etc., y si los hubo antes de su ingreso, puede afirmarse su curación en este sentido en el día de hoy. Tampoco se aprecian síntomas de demencia ni trastornos psicosensores, por lo que creyendo el tempo transcurrido como suficiente para el juicio definitivo se aconseja a la madre solicite su alta definitiva en el Establecimiento. Más bien puede deducirse que de los antecedentes relatados hay que suponer un defecto de educación, que no se ha corregido a su debido tiempo, engendrando un amor al; que un estado psicopatológico del constitucional y que simplemente el aislamiento del medio en que él se desenvolvía ha determinado su mejoría y curación”¹⁰⁶⁴.

El paciente, que protagonizó una fuga del establecimiento, el 30 de septiembre de 1924, fue reconducido a la institución veinte días después *“siendo detenido en Infantes por el delegado gubernativo”* y dado de alta en abril del año siguiente tras no regresar de una licencia de salida concedida.

En *Los Degenerados en Sociedad*, Salas se refirió también a las psicosis del “loco moral homicida”, categoría en la que incluía a los perseguidores, ambiciosos, eróticos y querellantes¹⁰⁶⁵, poniendo como ejemplo dos casos de pacientes institucionalizados en Santa Isabel. El primero de ellos se trataba de un farmacéutico diagnosticado de “síndrome delirante de persecución, paranoia de interpretación forma erótica y querellante”, de 32 años que había ingresado en el Manicomio en junio de 1916¹⁰⁶⁶. El segundo loco moral homicida era un cochero de 36 años de edad que ingresó en el asilo el 25 de junio de 1904 procedente

¹⁰⁶³ Historia clínica XX-725. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁶⁵ Salas y Vaca, J. (1920), p.106.

¹⁰⁶⁶ Historia clínica XX-461. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En la historia se encuentran escritos que ponen de manifiesto la relación existente entre los facultativos y los familiares del paciente. Así, el 17 de enero de 1922 el padre del interno le dirigió una misiva a Salas y Vaca en respuesta a una carta que el facultativo le había remitido con anterioridad sobre la posibilidad de salida temporal del paciente. Cuatro meses más tarde, el Jefe Facultativo volvía a enviar una comunicación al familiar recomendando que el paciente siguiera ingresado y que no se le concedieran más permisos de salida. En *Los Degenerados en Sociedad*, Salas reprodujo un escrito del paciente que no ha sido localizado en la historia.

de la Prisión Celular de Madrid, donde había sido internado por delito de homicidio¹⁰⁶⁷. A su llegada a la institución Salas lo evaluó como *“idiosia (sic) moral que lo hace peligroso por la reflexiva maldad de sus tendencias. Es necesario la vigilancia y la reclusión con aislamiento en celda”*¹⁰⁶⁸. No es este el único caso en el que el médico andaluz aludió a la peligrosidad del paciente en el diagnóstico. Así, el 2 de julio de 1909, ingresaba un varón por orden de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Madrid al que el mentalista valoró como un *“delirio alucinatorio crónico con ideas de persecución que hacen del enfermo un sujeto peligroso; siendo por esto necesaria su reclusión y vigilancia”*¹⁰⁶⁹.

Salas dedicó varios capítulos de su obra a analizar la cuestión de la responsabilidad criminal de los degenerados¹⁰⁷⁰. En general, consideraba imprescindible someter a estos pacientes a un estudio detenido y se mostraba contrario a que las acciones de los locos pudiesen considerarse siempre un delito:

*“No pasan días en que ante los tribunales de justicia comparezcan verdaderos monstruos humanos, perpetradores de los más horrendos y premeditados crímenes, que (...) parezcan ser ejecutados por el más vulgar criminal, cuando el análisis psiquiátrico descubre en los signos psico-orgánicos de estos sujetos los estigmas de la degeneración”*¹⁰⁷¹.

No hay que olvidar que la noción de degeneración fue un elemento destacado en el desarrollo de un modelo médico sobre las conductas criminales que se desarrolló a lo largo del siglo XIX¹⁰⁷².

No obstante, afirmaba que la responsabilidad había que valorarla individualmente *“no dejándose influir por el socorrido juicio de locura moral, que manda al manicomio sujetos más tributarios del Reformatorio penal”*¹⁰⁷³. Defendía una reforma del derecho penal, uniéndose a las múltiples voces que, durante las últimas décadas del siglo XIX y las primeras

¹⁰⁶⁷ Salas describía que el paciente había sido declarado irresponsable del delito de homicidio de su esposa por *“suponerlo afecto de perturbación mental en la época en la que cometió el delito”*. Salas y Vaca, J. (1920), p.114.

¹⁰⁶⁸ Historia clínica XX-112. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁶⁹ Historia clínica XX-261. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. El caso de este paciente también es utilizado por el neuropsiquiatra para ilustrar los delirios de los perseguidos interpretadores en su obra *Los Degenerados en Sociedad*. Salas y Vaca, J. (1920), p.70.

¹⁰⁷⁰ Salas y Vaca, J. (1920), pp.127-144.

¹⁰⁷¹ Esta cita está extraída de un artículo publicado un año después de que viera la luz *Los Degenerados en Sociedad*, en el que Salas analiza la cuestión de criminalidad y locura. Salas y Vaca, J. (1921b). Locura y delincuencia. *España Médica*. (10 de julio de 1912), pp. 11-12.

¹⁰⁷² Sobre esta cuestión se puede consultar: Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000), pp.51-112. A juicio de Ricardo Campos, el degeneracionismo se utilizó ante los tribunales como estrategia de legitimación profesional para defender la figura del alienista ante otros colectivos profesionales y la opinión pública en general. Véase: Campos Marín, R. (1999), p.197.

¹⁰⁷³ Salas y Vaca, J. (1920), p.139. Este Reformatorio, provisto de sistemas pedagógicos adecuados, sería el lugar de reforma de *“muchos degenerados que, en su ambiente habitual, no encontraron los estímulos normales de una educación mental reglada y lógica”*. Salas y Vaca, J. (1921c).

del XX, realizaron varias propuestas para modificarlo y que se materializaron en un nuevo Código a finales de 1928¹⁰⁷⁴.

La lucha médica y social de Salas contra la degeneración: la educación sanitaria

Como ya hemos mencionado, el neuropsiquiatra andaluz admitía la predisposición a la degeneración, condicionada principalmente por la presencia de enfermedades mentales en los padres¹⁰⁷⁵. No obstante, consideró la existencia de degeneraciones adquiridas y la posibilidad de influencia de otros factores como la ausencia de la figura paterna o la influencia educadora de la débil voluntad materna¹⁰⁷⁶. Así mismo, casi una década antes, ya había mostrado su preocupación por los efectos que los cambios del modo de vida, en su opinión “agitada”, y su consecuente “sobreactividad cerebral” pudieran tener en el desarrollo cerebral, siendo causa, por tanto, de alienación y delincuencia¹⁰⁷⁷.

A pesar del pesimismo que impregnaba los textos médicos, a juicio de Ricardo Campos, la cuestión de la degeneración espoleó a la Medicina Social a la intervención en la sociedad. La lectura de la herencia no era en último término catastrofista, ya que si se ponían los medios higiénicos y morales necesarios se podría corregir la tendencia a degenerar¹⁰⁷⁸. De ahí que Salas, al igual que la mayoría de los médicos, no descuidara los aspectos relacionados con la educación y la intervención en el medio social como herramienta para luchar contra la degeneración. De hecho, el autor apuntó numerosos medios de prevención, que agrupó bajo el nombre de higiene integral, que incluían, entre otros, a la educación, la alimentación sana y el “*trabajo constante y moralizador alejado de los vicios*”¹⁰⁷⁹.

Esta preocupación por la educación de la infancia se plasmó, en 1922, en la publicación de un pequeño manual en el que analizaba los procedimientos educadores más eficaces en “individuos normales”, que él llamaba educación mental afectiva. En *Pedagogía afectiva*, con un claro carácter católico y moralista, Salas diferenciaba entre educación e instrucción. La primera la consideraba al servicio del buen desarrollo de las facultades mentales “*para que*

¹⁰⁷⁴ Código Penal (1929). Madrid: Góngora.

¹⁰⁷⁵ Salas y Vaca, J. (1920), p.10.

¹⁰⁷⁶ *Ibíd.*, p.12.

¹⁰⁷⁷ *El Heraldo militar*. (18 de abril de 1911), p.2. En este folleto se puede observar la influencia en este médico de los psiquiatras Wilhelm Griesinger (1818-1868) y Henry Maudsley (1835-1918).

¹⁰⁷⁸ Campos Marín, R. (1998), p.344.

¹⁰⁷⁹ Salas y Vaca, J. (1920), p.168.

cumplan su cometido al servicio del individuo, de la colectividad familiar y social en inseparable maridaje con los preceptos morales", mientras que la instrucción suponía el desarrollo de una parte de estas facultades para conseguir su perfeccionamiento. El autor insistía en el "derecho y deber" de educación de los padres, considerando el hogar como el contexto más adecuado para lograr la misma. Salas terminaba con la siguiente cita:

*"Eduquemos las facultades del alma con el fin de que los sentimientos queden lo más sujetos posibles a nuestras deliberaciones voluntarias; tengamos las miras puestas más en lo supremo que en lo mundano, y cumpliendo nuestros deberes de trabajadores cristianos, al abrigo de una fe racionalmente interpretada, conseguiremos un equilibrio mental que, defendiéndonos en la vida, nos pondrá en condiciones de sufrir resignadamente para conseguir la posible dicha que el vivir ofrece"*¹⁰⁸⁰.

El mentalista reivindicó, entre otras medidas sociales, el cumplimiento de unas condiciones laborales dignas para el obrero, la mujer y la infancia, la extinción de la mendicidad y la trata de blancas, mejoras en las luchas antialcohólicas, antituberculosas y antitóxicas, el cumplimiento del descanso semanal y el cierre de tabernas y cafés *"para disminuir el vicio"*. Reclamaba la enseñanza obligatoria, considerando la escuela el lugar donde se deberían detectar a los individuos predispuestos a la degeneración con el fin de *"someterlos pronto al régimen de reforma necesario"*¹⁰⁸¹. Así mismo, Salas se mostró preocupado por el deterioro de la raza pues consideraba que *"la selección natural es tardía; y mientras llega, se siembra el mundo de esta pléyade de enfermos"*¹⁰⁸². En esta línea, mostró su descontento con el matrimonio de estos enfermos por las repercusiones que podía ocasionar a la sociedad¹⁰⁸³.

Al final de *Los Degenerados en Sociedad*, dedicó dos capítulos a exponer los procedimientos encaminados a modificar mentalmente a los degenerados y a prevenir sus "actos morbosos", tanto en el ámbito familiar como estatal. En relación a los deberes de la familia con los degenerados, se mostraba de acuerdo con la aplicación de herramientas provenientes de la psicoterapia, citando en su descripción a autores como Charcot, Janet, Freud, Dubois, Déjerine o Payot¹⁰⁸⁴. Por otro lado, consideraba al Estado responsable de la provisión de los

¹⁰⁸⁰ Salas y Vaca, J. (1922c). *Pedagogía afectiva*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos. Esta publicación es, probablemente, la exposición ampliada de unas ideas ya difundidas por el propio Salas en el año 1911 en el semanario *España Médica* bajo el título de "La educación como base de nuestra integridad mental". Salas y Vaca, J. (1911c). La educación como base de nuestra integridad mental. *España Médica*. (1 de abril de 1911), pp. 4-5.

¹⁰⁸¹ Salas y Vaca, J. (1920), pp.15 y 171.

¹⁰⁸² *Ibidem*, p.165.

¹⁰⁸³ *Ibidem*, p.20. Desde principios del siglo XX se constató la preocupación del sector médico por la higiene del matrimonio como una forma de evitar la decadencia de la raza, ya que ésta se consideraba un problema de carácter hereditario. De hecho, una de las medidas más discutidas fue instaurar un certificado prematrimonial emitido por los médicos en el que se especificase el estado de salud de los futuros cónyuges y la conveniencia o no de que contrajesen matrimonio. Véase: Álvarez Peláez, R. (1985) y Campos Marín, R. (1998), p. 343.

¹⁰⁸⁴ Salas y Vaca, J. (1920), pp.173-179.

medios necesarios para llevarla a cabo, entre los que incluía la Escuela-modelo como primera opción, el reformatorio, cuando la enseñanza y educación habían sido insuficientes para adaptarlos al medio y, sólo en último término, el Manicomio-Asilo modelo¹⁰⁸⁵.

SALAS Y VACA COMO REFORMADOR

Si bien Salas no constituyó una figura de primer orden en los movimientos de reforma de la asistencia a los alienados de la segunda década del siglo XX¹⁰⁸⁶, si se unió a las reivindicaciones de neuropsiquiatras como Enrique Fernández Sanz o Gonzalo Rodríguez Lafora. No hay que olvidar que este último había iniciado varios años antes una campaña de denuncia sobre el deplorable estado de los manicomios españoles¹⁰⁸⁷. Además, se puede documentar la relación personal de Salas con R. Lafora que incluía consultas sobre pacientes como aquella, ya comentada en el capítulo I, que dirigió al facultativo de Santa Isabel para comentarle el caso de un varón de 27 años. Conviene recordar que éste había ingresado en el Manicomio de Leganés en abril de 1919 en pensionista de segunda clase, procedente del Hospital General, y diagnosticado de degeneración mental y dromomanía impulsiva. Se trataba de un paciente al que R. Lafora había atendido con anterioridad:

*"Dr. Gonzalo Rodríguez Lafora
Enfermedades nerviosas y mentales
Paseo del Prado, 28
Sr. Dr. Salas y Vaca*

Mi distinguido amigo: La Madre del enfermo Sr. Me pide de parte de V. unas notas sobre lo observado por mí en este enfermo y se lo voy a poner brevemente de mis notas escritas pues yo recuerdo ya poco al enfermo. Yo le consideré como un caso de Constitución psicopática impulsiva, quizá un demente precoz latente. Es hijo de un padre nervioso y de parientes ídem. Muy dado al alcohol y desde niño fue díscolo y difícil de manejar. Creo que ahora está indiferente. No hay antecedentes sífilíticos. Suyo affmo. Amigo y compañero"¹⁰⁸⁸.

¹⁰⁸⁵ Salas y Vaca, J. (1920), pp.180-184

¹⁰⁸⁶ Desde mediados de la década de 1910 los psiquiatras españoles sometieron la asistencia psiquiátrica a una creciente crítica y dirigieron sus esfuerzos a definir los rasgos de un nuevo modelo asistencial público basado en la medicalización de la locura y en la acción social más allá de los establecimientos manicomiales. Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 99-108, p.100.

¹⁰⁸⁷ Rodríguez Lafora, G. (1916). Los manicomios españoles. *España*, 90, 8-10 y Villasante, O. (2011). La Polémica en torno a los manicomios, 1916. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (4), 767-777.

¹⁰⁸⁸ El paciente fue dado de alta en junio de 1920 por prescripción facultativa y sin síntomas de enfermedad mental. Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados (1920): un proyecto inconcluso

Salas expuso su propia visión de reforma asistencial en el trabajo *Frenocomios españoles: bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*, prologado por el mismo Fernández Sanz¹⁰⁸⁹. Publicado previamente como media docena de artículos en la revista *Ideal Médico*¹⁰⁹⁰, el mentalista andaluz denunciaba el estado de la asistencia a los alienados en España, que consideraba muy atrasado en relación a sus vecinos europeos:

*“Cuando todas las naciones se ocupan de establecer ligas de defensa para el alienado, celebrándose congresos para encauzar las normas legítimas de una higiene mental práctica, los profesionales especializados en estas disciplinas no podemos permanecer mudos, sin protestar respetuosamente ante la pasividad y negligencia con que España marcha sin abordar este asunto de tan trascendental interés”*¹⁰⁹¹.

Entendía que era preciso crear una “Liga de Defensa Mental”, que propusiera a los poderes públicos las mejoras necesarias en la asistencia a los alienados¹⁰⁹². De esta manera, Salas se alineaba, junto a otros neuropsiquiatras de la época, a favor de la creación de una *Liga de Higiene Mental*¹⁰⁹³, una de cuyas funciones era la profilaxis de la enfermedad mental, que expresó del siguiente modo:

“Modelar las actividades de nuestro espíritu, conduciendo sus tendencias, frenando sus impulsos y encauzar los actos como medida de previsión para evitar el predominio de causas psíquicas” “surgirá la modificación de costumbres, que

¹⁰⁸⁹ Salas y Vaca, J. (1924a). Enrique Fernández Sanz si ocupó un lugar preeminente en el desarrollo ideológico de los planteamientos de reforma de la asistencia psiquiátrica en España publicando numerosos artículos, en la década de los años veinte, entre los que destacan: Fernández Sanz, E. (1921a). La Reforma de los Manicomios Españoles. *Siglo Médico*, 69, 261–265; Fernández Sanz, E. (1922b). Organización en España de la Liga de Higiene Mental y de protección a los alienados. *Siglo Médico*, 69, 592 – 596; Fernández Sanz, E. (1923). La transformación del régimen manicomial. Su fundamento humanitario y científico. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 49, 241–247; Fernández Sanz, E. (1927a). Algunas reflexiones sobre la acción colectiva en pro de la higiene mental en España. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 4(2), 182 – 185; Fernández Sanz, E. (1930b). Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 32, 29–32; Fernández Sanz, E. (1931). La función del Estado en la asistencia a los alienados. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 34, 57–60.

¹⁰⁹⁰ Salas y Vaca, J. (1923) Frenocomios españoles. I. Lo que fue, es y será el Manicomio de Leganés. *Ideal Médico*, 78, 284–287; Salas y Vaca, J. (1924b) Frenocomios españoles. II. Urgen sus reformas. *Ideal Médico*, 79, 2–6; Salas y Vaca, J. (1924c) Frenocomios españoles. III. Preceptos incumplidos. *Ideal Médico*, 80, 22–25; 8(81), 44–48; Salas y Vaca, J. (1924d) Frenocomios españoles. IV. ¿Labor estéril?. *Ideal Médico*, 82, 62–66; Salas y Vaca, J. (1924e) Frenocomios españoles. V. Tristes contrastes. *Ideal Médico*, 83, 82–85; Salas y Vaca, J. (1924f) Frenocomios españoles. VI. Tristes albergues. *Ideal Médico*, 84, 23–26; 86, 153–156; 88, 194–196.

¹⁰⁹¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p.17

¹⁰⁹² *Ibidem*, pp.86–87.

¹⁰⁹³ Desde 1918 se sucedieron las peticiones de creación de una *Liga de Higiene Mental*, la cual quedó definitivamente creada por Real Orden de 25 de enero de 1927, con el objetivo de “*estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y condensen las reglas más indispensables de higiene individual*”. Real orden declarando oficial la Liga Española de Higiene mental, y aprobando los Estatutos, que se insertan, por los que ha de regirse el mencionado organismo (27 de enero de 1927). Gaceta de Madrid, pp. 562–563. Sobre la creación de la Liga y sus funciones en la psiquiatría española de los años veinte se puede consultar: Campos Marín, R. (2004). La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia*, 6(1), 101–111; Campos Marín, R. (1995). Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900–1931). *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, 199–217.

tan degradadas se encuentran en la actualidad...atendiéndose los cuidados del demente...y en la parte forense...se ocupará de los distintos problemas de capacidad civil...de la responsabilidad en general y...de todas las cuestiones preventivas, que son tributarias del amplio programa que esta liga tiene encomendado, en las naciones donde ya funciona”¹⁰⁹⁴.

Criticaba el Real Decreto de asistencia a los alienados de mayo de 1885¹⁰⁹⁵, ya objeto de atención para otros médicos de la época, que consideraban, al igual que el facultativo de Leganés, preponderaba los criterios administrativos y jurídicos sobre los médicos¹⁰⁹⁶. De esta manera, Salas sostenía que era imprescindible la reforma de la Ley de asistencia a los alienados a la que definía como:

“Toda ella se encierra en la cautelosa previsión de evitar la reclusión del sano y de retardar la salida del demente (...) de ningún modo se atiende con sus disposiciones a garantizar el tratamiento médico (...) estorba la restricción de la libertad para ingresos y salidas, que deben estar más en relación con los acontecimientos mentales, que sujetas al freno de las decisiones y trámites burocráticos, lentos siempre (...) siendo el resultado de ello, el que la asistencia manicomial sea interpretada (...) como una privación de libertad (...), esta ley arcaica coartando la libertad la libertad técnica de disponer (...), con arreglo al caso particular, ofrece grandes perjuicios a la reclusión”¹⁰⁹⁷.

Así mismo, propuso la creación de unas “Comisaría de la locura” formadas por inspectores psiquiatras, que se encargarían *“de la investigación y estudio de todos los albergados en manicomios y casas de salud, y asistencia familiar, dando cuenta (...) a la superioridad (...) del (...) estudio de cada caso, de las justificaciones de su reclusión y de las garantías de seguridad al libertarlos”¹⁰⁹⁸*. Sin duda, este texto reproduce la preocupación por las posibles arbitrariedades y el control social que las instituciones debían ejercer en la custodia de los pacientes considerados peligrosos¹⁰⁹⁹.

Una de las asignaturas pendientes de la psiquiatría en España, de la que Salas se ocupó en su monografía, era sin duda, la formación adecuada de practicantes y enfermeros, que figuraba entre los puntos primordiales del Plan Moderno de Asistencia a los Alienados¹¹⁰⁰.

¹⁰⁹⁴ Salas y Vaca, J. (1924a), p.67.

¹⁰⁹⁵ Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511.

¹⁰⁹⁶ Campos, R. y Huertas, R. (1998), p.100; Espino, J. A. (1980). La Reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 14, 56-106.

¹⁰⁹⁷ Salas y Vaca, J. (1924a), pp.71 y 75.

¹⁰⁹⁸ Salas y Vaca, J. (1924a), p.78.

¹⁰⁹⁹ Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. Madrid: Fondo de Cultura Económica. Sobre la utilización de las instituciones como herramientas del control y aislamiento social son de obligada referencia: Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta; Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 4ª edición; Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. United States: Anchor Books. Para nuestro medio: Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y Locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets; Peset, J. L. (1983); Huertas García-Alejo, R. (2008). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Octaedro.

¹¹⁰⁰ López Albo, W., Fuster, J. y Morales, M. (1926).

También para Salas fue prioritaria la atención al personal subalterno *“que permitiera una selección por cualidades educativas y morales haciéndolos pasar por cualquiera de estos centros donde tuvieran el aprendizaje oportuno”*¹¹⁰¹. En esta línea, mostró por escrito su adhesión a las conclusiones formuladas en la ponencia “Proyectos de organización del personal técnico psiquiátrico”, presentada en el II Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría¹¹⁰², celebrado en Madrid en el Colegio Oficial de Médicos los días 22-24 de octubre de 1927¹¹⁰³.

Así mismo, el Jefe Facultativo de Leganés reivindicó la agrupación de los profesores directores de Manicomios y Servicios de observación en un escalafón *“con arreglo a la valoración técnica de sus aptitudes”* entre cuyas funciones estaría la inspección del estado de los establecimientos psiquiátricos, trasladando a las autoridades las deficiencias encontradas en los mismos y el modo de subsanarlas¹¹⁰⁴. Dos años más tarde, en 1926, Joaquín Gimeno Riera (1877-1945), Jaime Escalas Real (1893-1979) y Oscar Torras i Buxeda (1890-1974), demandarían la creación de un Cuerpo de Alienistas, dependiente de la Dirección General de Sanidad, que tendría a cargo el régimen técnico y organización de los Manicomios españoles y, entre otras cuestiones, serviría para organizar los servicios de inspección manicomiales y garantizaría la pericia del personal técnico, para colocar a España en *“circunstancias análogas a las de otros países”*. Además, consideraron también imprescindible la constitución de un Cuerpo de practicantes y de enfermeros de la misma especialidad¹¹⁰⁵.

Salas consideraba que el primer paso en la campaña de reforma española debía ser la construcción de un manicomio modelo en los alrededores de Madrid, sirviendo de ejemplo el asilo colonial de Alt-Scherbitz en Alemania¹¹⁰⁶. Este establecimiento debía contar *“con toda*

¹¹⁰¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p. 69.

¹¹⁰² Como ya hemos señalado en el capítulo I, la Asociación Española de Neuropsiquiatría se constituyó el 29 de diciembre de 1924 y, entre sus objetivos, destacaban la *“revisión total de la legislación relativa a los alienados (...), necesidad urgente de reorganizar la asistencia de los alienados (...) necesidad de formar un cuerpo de médicos alienistas con reglamentación propia, con ingreso mediante oposición (...), que el cuerpo de médicos alienistas tenga sus plazas fijas en los manicomios públicos y privados (...), que se organice debidamente la enseñanza psiquiátrica (...) y (...) que (...) se acepte oficialmente una clasificación moderna de las enfermedades mentales, pudiendo ser esta la del profesor Kraepelin (1920)”*. Si bien Salas no estuvo presente en dicha reunión, dejó clara su posición a favor de la asociación, enviando, al igual que otros psiquiatras coetáneos como el propio Fernández Sanz, Juarros, Lafora y Fernández-Victorio, su adhesión a la misma por escrito. Lázaro, J. (1995). La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 295–308, p.301 y Huertas, R. (2002c), pp. 114-115.

¹¹⁰³ *La Nación*. (1 de octubre de 1927), número 1, p.4 y *La Vanguardia*. (15 de octubre de 1927), p. 9.

¹¹⁰⁴ Salas y Vaca, J. (1924), p. 69.

¹¹⁰⁵ Gimeno Riera, J., Escalas Real, J. y Torras, O. (1926). Creación de un cuerpo de alienistas. *Archivos de Neurobiología*, 6, 239–242.

¹¹⁰⁶ El Asilo de Alt-Scherbitz, en la Sajonia Prusiana, era considerado como modelo en su género. No hay que olvidar, que en 1906, se dispuso por Real Orden que el entonces Jefe Facultativo de Leganés, Ramón Ezquerro Baig, realizara un proyecto de Manicomio “con arreglo a las exigencias modernas” tomando como ejemplo los asilos alemanes. Real orden disponiendo se encargue al Jefe

clase de servicios”, estableciendo la división del mismo en departamentos para tranquilos, furiosos, sucios, epilépticos, retrasados psíquicos y departamento para locos criminales. Sugería que, el Manicomio Modelo proyectado podría emplazarse en la posesión de Vista Alegre, en Madrid, describiendo para el mismo las siguientes secciones: un Pabellón General de Servicios que albergara al personal sanitario, los Pabellones suficientes para el Hospital de Agudos, una clínica de observación aneja y un dispensario general para asistencia de nerviosos, un asilo de afrénicos dementes crónicos con la amplitud necesaria para los distintos grupos y categorías, un sanatorio de epilépticos, una Escuela para normales que dispusiera del servicio pedagógico necesario y un Reformatorio de delincuentes con suficientes condiciones de seguridad¹¹⁰⁷. Salas proponía que si el estado no podía asumir la edificación de un manicomio modelo de nueva planta en la capital del España, debía reformar el Manicomio Nacional, aclarando que: *“ya que allí no hay espacio ni condición apropiada para el establecimiento de la Clínica-Hospital de observación (...) incáutese el Estado (...) de los terrenos adjuntos al Hospital de la Princesa (...) y realícese”*¹¹⁰⁸.

El neuropsiquiatra se ofrecía, junto a su colega Enrique Fernández Sanz, para el desarrollo de este proyecto de reforma. Así mismo, sugería a otros mentalistas españoles de diversas regiones españolas, entre los que podemos citar a Juan Barcia Caballero por Asturias y Galicia, Joaquín Gimeno Riera (Zaragoza), Jaume Escalas Real (Palma de Mallorca) o Manuel Ruiz Maya (Córdoba), para la creación de una Asamblea en la que se organizaran estas mejoras y así, *“proponer a la superioridad los acuerdos que se establecieran”*¹¹⁰⁹.

Salas trató de poner en práctica parte de estas reformas en Leganés. Desde su entrada en el Manicomio reclamó insistentemente mejoras que recogió, además de en la citada *Frenocomios Españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*, principalmente en *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*¹¹¹⁰. En estos trabajos el mentalista andaluz describió su concepción de reforma de la asistencia a los alienados en nuestro país y, concretamente, explico las sucesivas mejoras tanto arquitectónicas como asistenciales llevadas a cabo en Santa Isabel durante su jefatura, especialmente en la década de los años veinte.

facultativo del Manicomio de Leganés y al Arquitecto de la Beneficencia general que practiquen el estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas. (1 de noviembre de 1906). *Gaceta de Madrid*, 305, p. 449.

¹¹⁰⁷ Salas y Vaca, J. (1924a), pp.19-25.

¹¹⁰⁸ *Ibíd.*, p.27.

¹¹⁰⁹ *Ibíd.*, p.87.

¹¹¹⁰ Salas y Vaca, J. (1929). Se puede consultar una reseña del mismo en *El Siglo Futuro*. Véase: *El Siglo futuro*. (7 de enero de 1930), número 6.950, p.6.

El gabinete de electroterapia y la inauguración del laboratorio

Además de las mejoras ya analizadas en los capítulos precedentes tanto arquitectónicas como en la dotación de personal¹¹¹¹, y la organización de la “Clínica Mental” por parte de Enrique Fernández Sanz¹¹¹², en las dos décadas de ejercicio de Salas en la institución se consiguieron otro tipo de reformas. Así, se logró la instauración del Servicio de Electroterapia¹¹¹³, inaugurado en la década de los años veinte, que contaba con una instalación completa para aplicaciones de diferentes variedades de baños y duchas eléctricas, efluvio y descarga, corrientes farádicas y galvánicas, electrolisis y cataforesis¹¹¹⁴. Ya hemos señalado que el director de Leganés solía complementar su actividad al frente del Manicomio Nacional con la práctica asistencial privada como especialista en electroterapia¹¹¹⁵. La administración de esta alternativa terapéutica, empleada en las enfermedades mentales y neurológicas desde el siglo XIX¹¹¹⁶, se ha registrado en cuatro ocasiones entre los internados en Leganés entre 1900 y 1931, todas ellas durante el ejercicio de Salas y Vaca en la institución¹¹¹⁷.

Ya se ha comentado que se solicitó la intervención de Enrique Fernández Sanz como médico consultor en 1921, quien se encargó de la implantación del Servicio de Laboratorio Clínico del establecimiento¹¹¹⁸. Es importante destacar que el establecimiento de laboratorios clínicos en los hospitales psiquiátricos era excepcional y fue una de las demandas del Plan Moderno de Asistencia a los alienados de 1926¹¹¹⁹. Cuando aún no se había establecido el laboratorio clínico en el Manicomio, se autorizaron las “investigaciones biológicas”

¹¹¹¹ Salas y Vaca, J. (1929), pp.24-25.

¹¹¹² Salas y Vaca, J. (1924a), p.9.

¹¹¹³ Salas y Vaca, J. (1929), p.24 y Salas y Vaca, J. (1921a). La reforma de los manicomios en España. *España Médica*, 381, 1–3, p.1.

¹¹¹⁴ *El Heraldo de Madrid*. (10 de febrero de 1928), p.8.

¹¹¹⁵ Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

¹¹¹⁶ Beveridge, A. (1988). Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the nineteenth century. *British Journal of Psychiatry*, 153, 157–162 y Stainbrook, E. (1948). The uses of electricity in psychiatric treatment during the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 156 – 177.

¹¹¹⁷ Historias clínicas XX-223, XX-313 y XX-325. Archivo Histórico del IPSSM José Germain En uno de estos pacientes la electroterapia se aplicó en dos ocasiones.

¹¹¹⁸ Salas y Vaca, J. (1929), p.20. El hijo de Fernández Sanz, Enrique Fernández Méndez fue el encargado, como profesor agregado del Manicomio, del laboratorio implantado por su padre. Salas y Vaca, J. (1929), p.25.

¹¹¹⁹ López Albo, W., Fuster, J. y Morales, M. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados, conclusiones. *Archivos de Neurobiología*, 6, 236–237.

realizadas por Ángel Morales Fernández¹¹²⁰, auxiliado por Muñoz¹¹²¹, ambos del Instituto de Higiene Militar, cuya labor fue facilitada por la reorganización del Laboratorio de Análisis del Hospital de La Princesa¹¹²². Morales Fernández, era un teniente coronel médico del Cuerpo de Sanidad Militar destinado, entre otros, al citado Instituto de Higiene Militar durante varios periodos entre 1907 y 1929, momento en que se dio de baja por fallecimiento. Destacó por sus estudios sobre la medicación antisifilítica, el salvarsán- 606-, siendo enviado en 1910 por el Ministerio de Guerra a Alemania, donde se formó con Paul Ehrlich (1814-1915)¹¹²³. A su regreso a España, se dispusieron bajo su dirección diversos ensayos del empleo de este arsenical en los enfermos luéticos del Hospital Militar de Carabanchel. Morales recogió sus experiencias y estudios en una obra, publicada en 1912 bajo el título *Memoria sobre la medicación antisifilítica 606 o salvarsán*, por la que se le concedió la Cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo blanco¹¹²⁴.

La instalación del laboratorio en el Manicomio permitió que a finales de la segunda década del siglo XX se realizara un estudio, dirigido por Aurelio Mendiguchía y Antonio Martín-Vegué¹¹²⁵, en el que se analizó el líquido cefalorraquídeo extraído de 47 enfermos, escogiendo aquellos que padecieran cuadros clínicos "perfectamente diferenciados" (demencia precoz, oligofrenias y psicosis degenerativas, epilepsia, síndromes epileptoides y demencia epiléptica y parálisis general progresiva). Tales muestras fueron sometidas a las reacciones de Lange, Wassermann, Nonne-Apelt, Noguchi y Pandey, que habían sido introducidas en la primera década del siglo XX como métodos de análisis del líquido cefalorraquídeo para el diagnóstico diferencial de la parálisis general progresiva¹¹²⁶. Del resultado de dicha

¹¹²⁰ Ángel Morales Fernández, fue un médico, oriundo de Huelva y nacido el 28 de mayo de 1878 que se licenció por la Universidad de Sevilla el 25 de septiembre de 1894. Durante su ejercicio en dicho instituto fue designado Jefe del Laboratorio de Servicios generales e Histología y Jefe de la Sección de la vacuna antivariólica. Así mismo, se encargó de la enseñanza técnica de médicos primeros designados al efecto. Véase: *Hoja de Servicios del Teniente Coronel Militar Ángel Morales Fernández. Cuerpo de Sanidad Militar*. Madrid: Imprenta para todas las Armas y Cuerpos del Ejército. Cleto Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-4061; El "606". *El imparcial*. (3 de octubre de 1910), p.4.

¹¹²¹ No hemos podido encontrar información sobre este médico ya que en el Archivo General Militar de Segovia existen referencias a dos facultativos con este apellido-Eulogio Muñoz Cortázar y Antonio Muñoz Zuara-, sin que se aluda en ninguno de sus expedientes a datos relativos al Manicomio Nacional de Leganés. Vease: *Hoja de Servicios del Coronel Médico D. Antonio Muñoz Zuara*. Madrid: Imprenta Militar Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-4827 y *Hoja de Servicios del Coronel Médico D. Eulogio Muñoz Cortázar*. Madrid: Imprenta para todas las Armas y Cuerpos del Ejército. Cleto Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-565.

¹¹²² Salas y Vaca, J. (1924a), p.9

¹¹²³ *El Imparcial*. (3 de octubre de 1910), p. 1.

¹¹²⁴ Morales Fernández, A. (1912). *Memoria sobre la medicación antisifilítica con el "606" o Salvarsan: Ensayos hechos en el Hospital Militar de Carabanchel*. Madrid: (s. n.) y Real orden concediendo la Cruz de primera clase del Mérito Militar, blanca, pensionada, al Médico primero de Sanidad Militar D. Ángel Morales Fernández. (27 de noviembre de 1911). *Gaceta de Madrid*, 331, pp.492-493. En esta Real Orden se puede ver un análisis de la obra del médico militar. Sobre la cobertura de la introducción de este tratamiento en España se puede consultar: Fresquet Febrer, J. L. (2011). El 606 en España. Una historia de seis meses contada por la prensa. *Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, 12, 1-23.

¹¹²⁵ Salas y Vaca, J. (1929), p. 26-31.

¹¹²⁶ Rodríguez Arias, B. (1918). *La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis general*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Barcelona. En esta publicación el autor describía varios casos de parálisis general progresiva, pseudoparálisis general luética y otros casos de sífilis nerviosas describiendo los resultados de diversas sero-reacciones realizadas en muestras de LCR.

investigación se determinó que *"la reacción de Wassermann positiva en líquido cefalorraquídeo, nos dice mucho a favor de una invasión sífilítica"*¹¹²⁷. Esta sero-reacción había sido descrita por August von Wassermann (1866-1925) como una herramienta "definitiva" para diagnosticar la sífilis, en 1906 y en España había sido introducido por Hermenegild Arruga (1886-1972)¹¹²⁸.

Este novedoso estudio, ya que hasta entonces no se habían realizado análisis de laboratorio a los asilados, implicó modificaciones en los diagnósticos como hemos podido comprobar en las historias clínicas revisadas. Tal es el caso del paciente ingresado en marzo de 1904 a los 28 años de edad diagnosticado de parálisis general progresiva, diagnóstico que fue sustituido por el de Esquizofrenia al resultar negativa la Reacción de Wassermann¹¹²⁹. Esta cuestión, ya fue señalada por Salas y Vaca en *Mejoras realizadas en el Manicomio Nacional*:

*"Muchos de los paralíticos generales que por su sintomatología había que considerarlos como tales, al venir los estudios de laboratorio y las distintas reacciones del líquido cefalorraquídeo, nos demostraron que no lo eran"*¹¹³⁰.

Consecuentemente también se aplicaron tratamientos en la institución en función de los resultados de las Reacciones de Laboratorio, como ocurrió con un paciente de 40 años de edad hospitalizado desde mayo de 1923, con un diagnóstico dudoso de "síndrome paralítico general, síndrome paranoide"¹¹³¹. En julio de 1924, tras conocerse los resultados del análisis de laboratorio de una muestra de líquido cefalorraquídeo (no se especifica la sero-reacción realizada ni los resultados), se decidió la aplicación al paciente de tratamiento con una inyección de Quimby®¹¹³². Así, en noviembre de 1924, Mendiguchía anotaba lo siguiente:

*"El tratamiento por el Quimby ha obedecido al resultado del análisis practicado al enfermo de su líquido cefalorraquídeo previa punción lumbar. Ha dado las reacciones de la sífilis según información verbal del Dr. Salas y Vaca"*¹¹³³.

Las inyecciones de Quimby®, compuestas a base de yodobismutato de quinina, fueron aplicadas a un total de tres pacientes paralíticos en las tres primeras décadas del siglo XX en la institución. Conviene señalar que los bismutos eran conocidos como trepanomicidas desde 1917 y fueron introducidos por Constantin Levaditi (1874-1953) y Robert Sazérac en

¹¹²⁷ Salas y Vaca, J. (1929), p.30.

¹¹²⁸ Calbet i Camarasa, J. M. y Corbella i Corbella, J. (1981). *Diccionari biografic de metges catalans*. Vol.1. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuna, p.55 y Huguet Termes, T. (2007). Discursos y prácticas acerca de la introducción de la medicina de laboratorio en el escenario asistencial barcelonés (1907-1923): el caso de la sero-reacción de wassermann. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas. *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 265-274). Madrid: CSIC, p.266.

¹¹²⁹ Historia clínica XX-103. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹³⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p. 35.

¹¹³¹ Extraemos la conclusión de que el diagnóstico era dudoso debido a que aparece escrito con un interrogante en la "Hoja de entrada y vicisitudes".

¹¹³² Historia clínica XX-710. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹³³ Ibidem.

la terapéutica de la sífilis humana como un compuesto menos toxico que los arsenicales y mercuriales¹¹³⁴.

En 50 historias clínicas de la muestra total de nuestro trabajo, que suponen un 4.8% del total de ingresos, hemos objetivado la realización de alguna prueba analítica durante el internamiento. Una escasa frecuencia, como el mismo Salas denunciaba en su artículo "La Reforma de los Manicomios en España", en el que se puede leer:

*"Hacer análisis histológicos en un tanto por ciento muy reducido de enfermos, aprovechando una pequeña parte de éstos para modernos tratamientos, de los que pueden darse noticias para exteriorizar la labor, es lo único que puede hacerse; y esto, sinceramente hablando, es incompleto, desde el punto de vista de la asistencia de alienados, que es lo que se trata de reformar"*¹¹³⁵.

Como se puede observar en la figura 12, no se objetiva una mayor petición de analíticas entre los pacientes que ingresaron en los años en los que se instaló el laboratorio clínico en la institución, si bien, si parece existir una tendencia al aumento en el número de analíticas solicitadas a lo largo del periodo de estudio. Es importante señalar que desconocemos las fechas concretas en las que estos análisis se realizaban, dado que no viene reflejados en las historias clínicas.

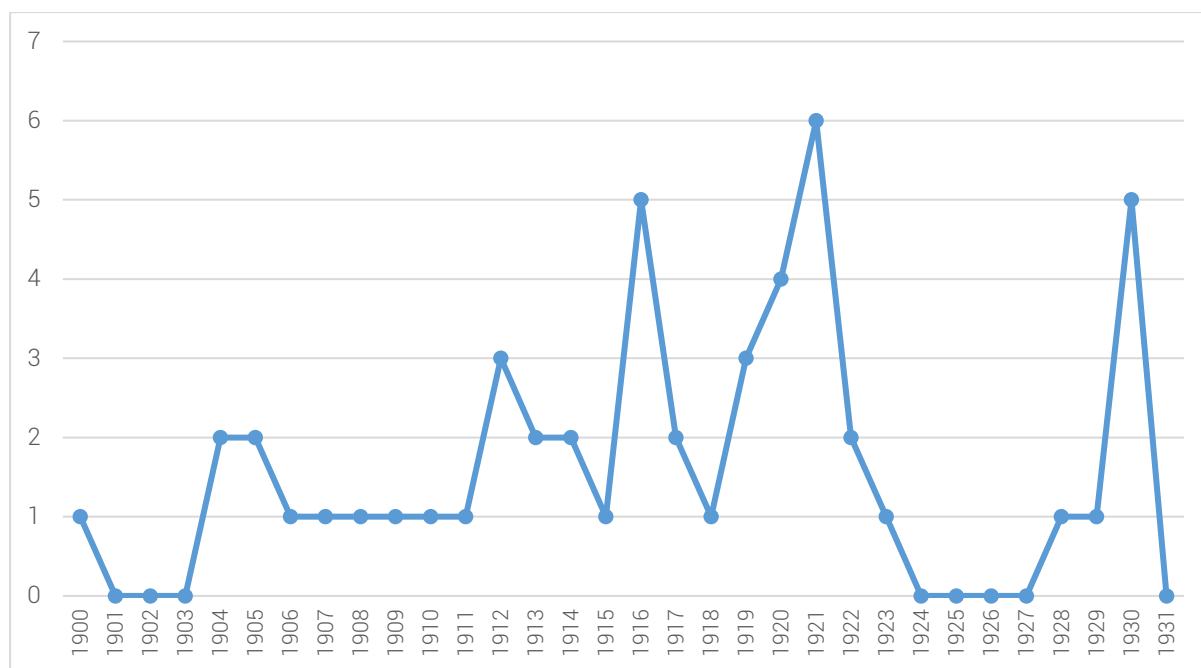


Figura 12. Evolución de la realización de analíticas en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

¹¹³⁴ Karamanou, M., Kyriakis, K., Tsoucala, G. y Androutsos, G. (2013), p. 318.

¹¹³⁵ Salas y Vaca, J. (1921a), p.2.

La mayoría de los pacientes a los que se realizó reacciones serológicas eran varones (82% frente al 18% de mujeres), tenían una edad media de 31,08 años (DE 11,05) y el 52% estaban ingresados en categoría de pensionista. Entre los diagnósticos que se les asignaron se objetiva una amplia variabilidad, destacando diez pacientes con parálisis general progresiva, lo que corresponde a un 20% del total de la muestra. Es conveniente señalar que, en un alto porcentaje de casos (44%) se cambió el diagnóstico a lo largo del ingreso y, generalmente a diferentes variedades de esquizofrenia o demencia precoz. Si bien no podemos asegurar que estas modificaciones estuvieran relacionadas con los resultados de laboratorio ya que no hay información recogida al respecto en los historiales clínicos, esta cifra es sensiblemente mayor que la objetivada para la población general, en la que la modificación diagnóstica se dio en el 17,9%. Un 14% de los pacientes a los que se les realizó analítica durante la institucionalización recibieron alguna medida terapéutica, porcentaje que es, como veremos, algo superior al objetivado en la población general.

El indudable desarrollo de la medicina de laboratorio en el primer tercio de siglo, se introdujo tímidamente en las instituciones psiquiátricas y se han documentado analíticas en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat¹¹³⁶, cuando Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997), hijo de Antonio Rodríguez Morini fue su responsable. También en otra institución catalana como el Hospital de Santa Creu la Reacción de Wassermann ocupaba un lugar destacado¹¹³⁷. A principios de siglo, en el Manicomio de Ciempozuelos se sometieron las muestras extraídas de doce pacientes con demencia parálitica a la Reacción de Noguchi que su director, Miguel Gayarre (1866-1936), pensaba utilizar de forma sistemática por “sencilla y útil”¹¹³⁸. No obstante, no todas las instituciones contaban con laboratorio propio y, de hecho, en 1926, el Manicomio de Navarra, carecía de esta prestación, situación que fue denunciada por Manuel Gurría Estapé. Este psiquiatra, que dirigió dicha institución desde 1903 hasta su jubilación en 1927, emitió un informe, en 1926, en el que denunciaba la imposibilidad de realizar “*trabajos de suerología ya sean de investigación diagnóstica o terapéutica*” por carecer de laboratorio¹¹³⁹.

¹¹³⁶ Rodríguez Arias, B. (1918), pp. 26-43.

¹¹³⁷ Huguet Termes, T. (2007), pp.271-273.

¹¹³⁸ Gayarre, M. (1909). Memoria de los Manicomios de Ciempozuelos. *Revista Frenopática Española*, 7, 154 – 158, p. 157.

¹¹³⁹ Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud, p.169.

La apertura del Manicomio a la enseñanza

Salas, al igual que otros mentalistas de la época¹¹⁴⁰, concedía gran importancia a la creación oficial de la enseñanza en psiquiatría y psicología patológica¹¹⁴¹. Así, es lógico que desde el Manicomio se colaborara “prestando material científico” para las cátedras de Medicina Legal y Psicología Experimental, en las que Salas ejercía como profesor ayudante¹¹⁴². También se ofreció colaboración a la Escuela Medico-Militar, a través de Antonio Fernández Victorio (1867-1925)¹¹⁴³, Teniente Coronel médico perteneciente al Cuerpo de Sanidad Militar, desde 1889, y Jefe de la *Clínica de Dementes y Procesados* del Hospital Militar de Madrid. Merece la pena señalar que este médico militar, director del Manicomio de Ciempozuelos, desde 1918 hasta su fallecimiento en 1925, estuvo muy vinculado con la docencia de la disciplina psiquiátrica¹¹⁴⁴. En el Manicomio de Leganés ingresaron pacientes procedentes del Hospital Militar y, de hecho, hemos rescatado una historia clínica de un teniente de infantería, que ingresó en octubre de 1916 por un “síndrome de carácter persecutorio tipo psicosis sistematizada progresiva y delirio de interpretación”. El diagnóstico asignado en Leganés no distó del que había realizado Fernández Victorio, en enero de 1915: paranoia o delirio crónico sistematizado progresivo¹¹⁴⁵.

Si bien, dada la escasez de fuentes, ha sido difícil documentar estas colaboraciones, conocemos la participación de César Juarros (1879-1942)¹¹⁴⁶, quien impartía cursos de psiquiatría en Santa Isabel a sus alumnos del Instituto Criminológico¹¹⁴⁷. El acto de

¹¹⁴⁰ Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (2000). [1926]. Enseñanza de la psiquiatría y de la Neurología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 177–179.

¹¹⁴¹ Salas y Vaca, J. (1924), pp.15 y 64. La creación de enseñanzas psiquiátricas oficiales estaba entre las reivindicaciones propias de todos los alienistas que participaron de los movimientos de reforma de la asistencia a los pacientes mentales que sucedieron en España en la década de los años veinte. López Albo, W. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 219–225; Sacristán, J. M. (1926). Plan moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 226–231; Marín Agramunt, J. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 232–235 y López Albo, W., Fuster, J. y Morales, M. (1926).

¹¹⁴² Salas y Vaca, J. (1929), p. 25.

¹¹⁴³ Salas y Vaca, J. (1921a), p.1.

¹¹⁴⁴ Fernández Victorio, licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad Central de Madrid en 1888, fue profesor de la Academia de Sanidad Militar encargado de la enseñanza de las enfermedades mentales durante nueve años y fundador, en el Manicomio de Ciempozuelos, de la *Clínica Psiquiátrica Militar* en el año 1920. Salas y Vaca, en 1917, realizó una crítica al discurso que el médico militar había leído en la inauguración del curso del Ateneo Militar titulado “Locuras Latentes”, posteriormente publicado en *La Revista de Sanidad Militar*. Véase: Gerona Llamazares, J. L. (1993). *Historia de la Psiquiatría Militar Española (1800-1970)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, pp. 141-147; Plumed Moreno, C. (2015). Benito Menni: aportaciones a la Salud Mental. *Archivo Museo Hospitalario*, 13, 210-326, p.268; Salas y Vaca, J. (1917). Crítica de “Locuras latentes”. Discurso leído en la inauguración del Ateneo Médico-Militar, por el Dr. D. Antonio Fernández Victorio, Profesor de Psiquiatría de la Academia Médico-Militar. *Revista de Sanidad Militar*, 7, 125 – 129.

¹¹⁴⁵ Historia clínica XX-481. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁴⁶ César Juarros, también médico militar, se licenció por la Universidad Central de Madrid en 1903. Entre otras funciones, fue jefe de la consulta de enfermedades nerviosas y mentales del III dispensario de la Cruz Roja y de la consulta de Enfermedades Nerviosas y Mentales del Hospital Militar de Urgencia de Madrid. Además, desempeñó la actividad docente como profesor de psiquiatría forense en el Instituto Español Criminológico durante quince cursos. Gerona Llamazares, J. L. (1993), pp. 156-163.

¹¹⁴⁷ Salas y Vaca, J. (1924), pp.9 y 66; Salas y Vaca, J. (1929), p.25.

constitución del Instituto Español Criminológico como asociación científica tuvo lugar el 19 de agosto de 1913 en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación con Fructuoso Carpena como presidente. En el artículo 2º de sus estatutos se establecía que los trabajos de la Asociación se dividían en tres secciones fundamentales: sección antropológica, sección sociológica y sección jurídica. Así mismo, en su artículo 3º se disponía: *“se establecerán cursos de investigación y de enseñanza principalmente de las siguientes materias: Antropología general, Antropología criminal, Psicología, Psiquiatría, Socio-geográfica, Sociología, Estadística General y Aplicada, Policía científica criminal, Legislación penal comparada, Pedagogía correccional y Ciencia Penitenciaria”*¹¹⁴⁸.

Las clases, de contenido eminentemente práctico en las que se contaba con la presentación de enfermos del propio Manicomio, complementadas con aportaciones teóricas, se impartían todos los domingos y, además de gratuitas, eran de acceso público, acudiendo *“alumnos de las más diversas condiciones sociales”*, entre los que se encontraban estudiantes de medicina, maestros, abogados o médicos¹¹⁴⁹.



Figura 13. César Juarros con sus alumnos del Instituto Criminológico en el Manicomio Nacional de Leganés. Fuente: *El Heraldo de Madrid* (10 de febrero de 1928), p. 8

¹¹⁴⁸ Citado en: Serrano Gómez, A. y Serrano Maíllo, A. (2004). Centenario de la Escuela de Criminología. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 14, 281–289, p.286. La creación de este instituto fue noticia en la prensa de la época y el 7 de agosto de 1913 se anunciaba su fundación de este modo: *“para contribuir al estudio, a la difusión y al progreso de la ciencia criminológica”*. *ABC*. (7 de agosto de 1913), p.14. Sobre la Escuela de Criminología se puede consultar: Fernández Bermejo, D. (2013). *Individualización científica y tratamiento en prisión*. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

¹¹⁴⁹ Un día entre locos. *El Heraldo de Madrid* (10 de febrero de 1928), p.9.

La vinculación de Salas con este médico militar y el Instituto Criminológico fue más allá de la docencia, de manera que el mentalista andaluz fue redactor de la *Revista española de psiquiatría y criminología*, órgano oficial del Instituto Español Criminológico, dirigida por el propio Juarros y fundada en 1919¹¹⁵⁰. Sin duda, este profesor del Instituto Criminológico mantenía una colaboración con otros médicos del Manicomio como Ignacio del Mazo a quien se dirigía el 6 de noviembre de 1918, en relación al caso de una paciente, de 47 años, que había ingresado un mes antes, con el diagnóstico de "manía depresiva de origen hereditario" (figura 14):

"Sr. Don Ignacio del Mazo.

Mi distinguido amigo: ¿sería Vd. Tan amable que me dijera qué diagnóstico y pronóstico que han hecho de Doña R., pensionista de 1ª clase del Manicomio? Mucho se lo agradecería suplicándole la prontitud en la respuesta pues se trata de familia por la que tengo gran interés.

Buen amigo suyo"¹¹⁵¹.

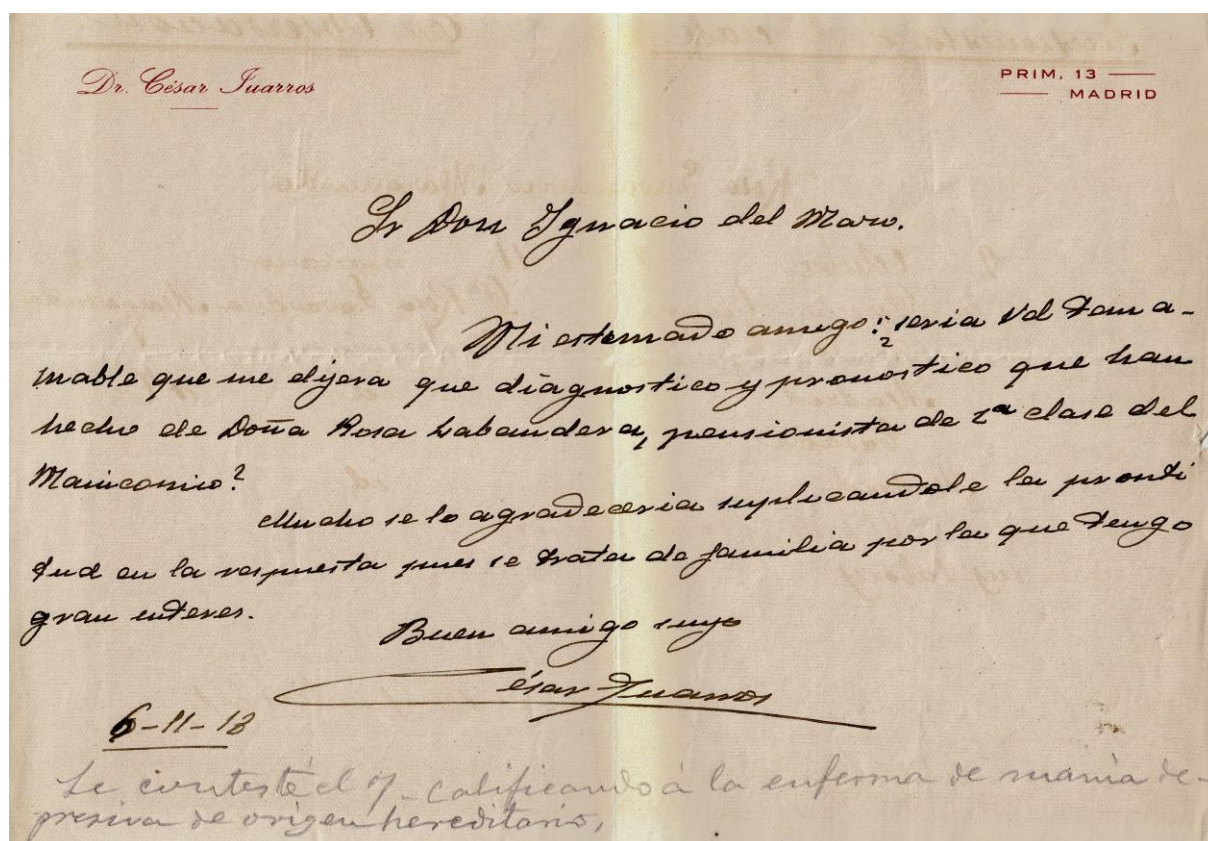


Figura 14. Carta redactada por César Juarros y dirigida a Ignacio del Mazo. Fuente: Historia clínica XX-558. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

¹¹⁵⁰ *El Figaro*. (28 de noviembre de 1919), p.11.

¹¹⁵¹ La carta se encuentra archivada en la historia de la propia paciente. Historia clínica XX-558. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

El compromiso de Salas y Vaca con la enseñanza de la especialidad influyó en que fuera designado, en 1926, como parte integrante de la Comisión nombrada por Real Orden de 4 de diciembre de 1926, que debía organizar la creación en Madrid de una Escuela de Psiquiatría¹¹⁵². Las funciones de esta comisión eran, entre otras, las de gestionar la cesión de terrenos propiedad del Ministerio de Gracia y de Justicia para la edificación de dicha escuela, formular el plan de organización de la misma, proponer las mejoras que con arreglo al progreso científico de la época debía imponerse a cualquier establecimiento oficial o particular destinado a la asistencia de enfermos mentales y realizar el programa de enseñanzas especiales para practicantes y enfermeros que quisieran dedicarse a la asistencia a los alienados. Para la creación de esta Escuela Nacional de Psiquiatría, que debía estar *“dotada de toda clase de elementos para la investigación científica y el tratamiento del enfermo”*, se destinó un presupuesto de 1.500.000 pesetas¹¹⁵³. La Comisión terminó su cometido en julio de 1927¹¹⁵⁴, y, aún dos años más tarde, el propio Salas señalaba el deseo de que empezara pronto su construcción y funcionamiento¹¹⁵⁵.

El primer tercio de siglo supuso, como hemos expuesto, una ampliación de las instalaciones del Manicomio Nacional, sobre todo a expensas de los pensionistas. No cabe duda que mejoró el nivel científico de la atención con el funcionamiento de un laboratorio, la apertura a la enseñanza, el aumento de plantilla y la introducción, como veremos, de algunos fármacos de nueva síntesis. No obstante, en el próximo apartado queremos aportar un nuevo ángulo historiográfico al introducir la percepción que de esta misma institución tenían los habitantes de ella, es decir los internos que allí permanecieron durante meses o años. Tal y como apunta Huertas, intentaremos acercarnos a la historia “desde abajo”, teniendo en cuenta “el punto de vista del paciente”¹¹⁵⁶, de modo que la escritura y subjetividad de los enfermos enriquezca la historia institucional. Es importante aclarar que presentamos este análisis dentro del abordaje de la figura de Salas y Vaca, debido a que este Jefe Facultativo de Leganés se interesó en el estudio de los escritos de los pacientes, muchos de ellos archivaos en las historias clínicas.

¹¹⁵² El resto de profesionales implicados eran Tomas Maestre como presidente, César Juarros como vocal secretario, Gonzalo Rodríguez Lafora, Enrique Fernández Sanz, Antonio Piga y un funcionario del Ministerio de Gracia y Justicia. *El Monitor sanitario*. (1926), número 1, p. 353.

¹¹⁵³ *Ibidem*, pp.352-353.

¹¹⁵⁴ *España médica*. (15 de julio de 1927), p. 30.

¹¹⁵⁵ Salas y Vaca, J. (1929), p.18.

¹¹⁵⁶ Huertas, R. (2012). p.150.

LAS VOCES DE LA LOCURA: ESCRITURA Y SUBJETIVIDAD EN EL MANICOMIO DE SANTA ISABEL DE LEGANÉS¹¹⁵⁷

Se conocen referencias al uso de la escritura como método de acercamiento clínico al paciente mental desde mediados del siglo XIX¹¹⁵⁸. De hecho, hay instituciones europeas donde, los textos autógrafos de los pacientes constituyen una parte considerable del material conservado en las historias clínicas¹¹⁵⁹. Roy Porter, a mediados de los años 80 del siglo pasado, publicó su trabajo titulado "The patient's view: Doing medical history from below"¹¹⁶⁰ y, dos años más tarde, señaló que *"los escritos de los locos pueden leerse no solo como síntomas de enfermedades o síndromes sino como comunicaciones coherentes por derecho propio"*¹¹⁶¹. De esta manera, el historiador proponía explorar estas fuentes, hasta entonces poco estudiadas por la historia de la psiquiatría. Posteriormente, el interés por la escritura de los locos ha tenido un creciente desarrollo historiográfico de forma que han proliferado, tanto en España como en el extranjero, las publicaciones que estudian estos escritos como fuente principal para abordar tanto la subjetividad del paciente como la experiencia del internamiento¹¹⁶². Según Molinari, el poco interés que los historiadores han prestado tradicionalmente a este tipo de fuentes se debe, entre otros factores, al *"papel determinante conferido al contexto de producción en cuanto al condicionamiento de los contenidos y del*

¹¹⁵⁷ El título de este apartado se ha tomado del pionero trabajo firmado por Allan Beveridge "Voices of the mad: patients' letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908". Véase: Beveridge, A. (1997). Voices of the mad: patients' letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908. *Psychological Medicine*, 27(4), 899-908.

¹¹⁵⁸ Brière de Boismont, A. J. F. (1864). Des écrits des aliénés. *Annales Médico-Psychologiques*, 1, pp. 257-263; Marcé, L. V. (1864). De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 21 (2^a série), pp. 379-408; Rigolí, J. (2001). *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*. Paris: Fayard.

¹¹⁵⁹ Molinari, A. (2005). Autobiografías de mujeres en un Manicomio Italiano a principios del siglo XX. En A. Castillo Gómez, V. Sierra Blas. *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento* (pp. 379-399). Gijón: Trea, p.380.

¹¹⁶⁰ Porter, R. (1985). The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, 14(2), 175-198. Artières puso de manifiesto el uso de la escritura con fines diagnósticos y terapéuticos en pacientes mentales y en individuos con conductas criminales. Artières, P. (1998). *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris: Institut Synthélabo (col. Les Empêcheurs de penser en rond) y Artières, P. (2000). *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896-1909)*. Paris: Albin Michel.

¹¹⁶¹ Porter, R. (1987). *A Social History of Madness. Stories of the Insane*. Londres: Weidenfeld and Nicolson, p.12. De esta forma se iniciaba una corriente epistemológica e historiográfica centrada en el punto de vista del paciente que ha tenido aplicaciones en el ámbito psiquiátrico. Véase: Huertas, R. (2013a). Another history for another psychiatry. The patient's view. *Culture & History Digital Journal*, 2(1), 1-11.

¹¹⁶² Barfoot, M. y Beveridge, A. (1990). Madness at the crossroads. John Homes letters from the Royal Edinburgh Asylum. *Psychological Medicine*, 20, 263-284; Beveridge, A. (1997); Beveridge, A. (1998). Life in the asylum: patient's letters from Morningside, 1873-1908. *History of Psychiatry*, 9(36), 431-469; Campos, R. (2010). Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso Morillo (1882-1884). *Frenia*, 10, 95-122; Cuñat Romero, M. (2007). Las cartas locas de Doña Juana Sagrero. *Frenia*, 7, 89-107; Huertas, R. (2013b). Paratopías. El Manicomio como un no-lugar y la experiencia del internamiento. *XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El control del espacio y los espacios de control*. Barcelona; Ríos Molina, A. (2004). Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia*, 4(2), 17-35; Molinari, A. (2005). Desde un punto de vista distinto, centrado en el análisis de la escritura como síntoma de la psicosis: Colina Pérez, F. (2007). Locas letras. Variaciones sobre la locura de escribir. *Frenia*, 7, 25-59.

*tipo de escritura, como si el internamiento en el manicomio sofocase toda expresión autónoma de subjetividad*¹¹⁶³.

Huertas, en su libro *Historia cultural de la psiquiatría*¹¹⁶⁴ señala que, además de los tradicionales estudios que han abordado la obra literaria de autores como Sade, Rousseau, Joyce o Virginia Woolf, o los escritos de algunos pacientes ilustres internados¹¹⁶⁵, se puede poner el foco de atención en los escritos de locos anónimos que no tuvieron como destino ser publicados¹¹⁶⁶. Este último enfoque es el que nos proponemos en este apartado, al analizar algunos de los elementos emocionales presentes en los escritos y cartas que han sido encontradas en las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional en el periodo temporal objeto de estudio¹¹⁶⁷. Si bien, la muestra con la que contamos es menor que la obtenida por autores como Allan Beveridge¹¹⁶⁸, consideramos que nos permite aproximarnos a la experiencia subjetiva del internamiento y a aspectos no conocidos del funcionamiento asistencial o del discurrir cotidiano manicomial de Leganés.

El interés psicopatológico de los escritos de los locos

En el estudio de las historias clínicas, en principio enfocado al análisis socio demográfico y clínico terapéutico, hemos localizado 31 cartas y manuscritos redactados por los pacientes, lo que corresponde al 2,9% del total. El porcentaje de escritos encontrados es escaso, pero muy superior al hallado en otros períodos¹¹⁶⁹. Además, merece la pena destacar que la mayoría (en concreto, 23) corresponde a la época en la que Salas y Vaca desarrolló su práctica clínica de forma habitual en el establecimiento o están dirigidos a este médico¹¹⁷⁰.

¹¹⁶³ Molinari, A. (2005), p.382.

¹¹⁶⁴ Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la Psiquiatría*. Madrid: Catarata.

¹¹⁶⁵ Es el caso de John Thomas Perceval, hijo del que fuera primer ministro británico a comienzos del siglo XIX, que narró su experiencia de ingreso en una institución psiquiátrica. Perceval, J. T. (1840). *A narrative of the treatment experienced by a Gentleman during a state of mental derangement design to explain the causes and the nature of insanity and to expose the injudicious conduct pursued towards many unfortunate sufferers under that calamity*. London: Effingham Wilson.

¹¹⁶⁶ Sobre las tendencias historiográficas que han incorporado fuentes menos trabajadas como los escritos de los pacientes para llegar a una historia cultural de la psiquiatría que tenga en cuenta la subjetividad de los pacientes mentales se puede consultar Huertas, R. (2013a).

¹¹⁶⁷ Un primer acercamiento al contenido de estos escritos se puede ver en: Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Conseglieri, A. y Huertas, R. (2016). Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900 – 1950). *Culturas Psi/Psy cultures*, 6, 109–128.

¹¹⁶⁸ Allan Beveridge contó con un total de 1151 textos redactados por los pacientes que ingresaron en el *Royal Edinburgh Asylum* entre 1873 y 1908. Véase: Beveridge, A. (1998) y Beveridge, A. (1997).

¹¹⁶⁹ Así, durante la Segunda República española tan solo se han encontrado manuscritos de pacientes en dos historias clínicas. En el periodo de la guerra civil española se ha registrado un escrito y, en la posguerra éstos alcanzan la cifra de doce, lo que sumaría quince textos, para un total de cerca de 1000 historias clínicas, es decir, prácticamente la mitad a los registrados en el primer tercio del siglo XX. Véase Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Conseglieri, A. y Huertas, R. (2016), p.112.

¹¹⁷⁰ Nos referimos al periodo temporal comprendido entre abril de 1911 y junio de 1924, años en los que Salas trabajó en la institución de manera presencial. Posteriormente, tal y como se ha señalado, si bien siguió ostentando la jefatura médica, se marchó del Manicomio para ejercer cargos de gobernador civil de varias provincias española, regresando en diciembre de 1928.

De manera que, si tomamos en cuenta el periodo temporal en el que este neuropsiquiatra trabajó en la institución, el porcentaje de escritos en las historias clínicas es el doble al registrado en la muestra total (5.3%). Esta cifra es similar a la de otros establecimientos como el Manicomio de Sant Boi donde, en el análisis realizado con las historias clínicas de los pacientes ingresados entre 1885 y 1939 se ha registrado la presencia de cartas redactadas por los pacientes en 26 de 619 expedientes clínicos, lo que supone un 4,2% del total¹¹⁷¹. Estas fuentes han sido localizadas también en las historias clínicas de los internos en el *Hospital Psiquiátrico Quarto al Mare de Génova* (Italia), en donde se ha estudiado la amplia difusión de la escritura entre los pacientes a principios del siglo XX. En esta institución italiana, entre 1917 y 1929, se encontraron cien textos autobiográficos y un número considerable de cartas de un total de 2500 historias¹¹⁷². Sin embargo, la cantidad de escritos en Leganés es bastante menor a la objetivada en el escocés *Royal Edinburgh Asylum*, en donde se registraron más de 1000 textos entre 1873 y 1908¹¹⁷³.

Al igual que otros alienistas coetáneos como el subdirector de Conxo, Juan Barcia Caballero (1852-1926)¹¹⁷⁴ o el Jefe de la sección de hombres del Manicomio de Zaragoza, Joaquín Gimeno Riera (1877-1945)¹¹⁷⁵, Salas y Vaca se mostraba interesado en el abordaje de los escritos de los pacientes para una mejor comprensión clínica de los mismos, tal y como se puede concluir de la siguiente cita:

*“El diagnóstico pocas veces sale completo de un interrogatorio por bien dirigido que se lleve; en cambio, estudiando los escritos de estos enfermos, abundantes siempre y de ordinario ampulosos, se encuentra más bien la falsa interpretación de sus concepciones delirantes (...); dad cuartillas y pluma a cualquiera de estos sujetos y el aislamiento de su casa o el silencio de su celda les hará, a unos más y a otros menos, trasladar al papel alguna idea delirante o punto de partida”*¹¹⁷⁶.

Sin duda, es una característica distintiva de este neuropsiquiatra, no objetivada entre otros médicos del Manicomio de Leganés en periodos anteriores, o posteriores¹¹⁷⁷. De hecho, como ya se ha comentado, Salas se valió de esta documentación para ilustrar y ejemplificar la

¹¹⁷¹ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, pp. 137-149 y 173.

¹¹⁷² Molinari, A. (2005), pp.380-381.

¹¹⁷³ Beveridge, A. (1998), p. 434.

¹¹⁷⁴ Barcia Caballero, se refería a la importancia del análisis tanto de la grafología como del contenido de los escritos de los locos como forma de acercamiento al diagnóstico. Barcia Caballero, J. (1904). Los escritos de los locos I y II. *Revista de especialidades médicas*, 149-151; 309-311. En Francia, Joseph Rogues de Fursac, en su tratado titulado *Les écrits dans les maladies nerveuses et mentales*, publicado en 1905, analizaba la importancia del estudio de los escritos y dibujos de los pacientes como una herramienta de gran ayuda en la clínica neuropsiquiátrica. Rogues de Fursac, J. (1905). *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*. París: Masson, p. V-X.

¹¹⁷⁵ Gimeno Riera utilizó en su tratado algunos textos redactados por pacientes para ilustrar su psicopatología. Véase: Gimeno Riera, J. (1911). *La Locura. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades mentales*. Zaragoza: Imprenta y Encuadernación Clínica y Laboratorio, pp.231-237.

¹¹⁷⁶ Salas y Vaca, J. (1920), p.44.

¹¹⁷⁷ Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Conseglieri, A. y Huertas, R. (2016), p. 113.

psicopatología en *Los Degenerados en Sociedad*, obra en la que reprodujo los escritos de cuatro pacientes¹¹⁷⁸, algunos de ellos, como hemos señalado, de gran extensión¹¹⁷⁹.

Al igual que en otros establecimientos psiquiátricos¹¹⁸⁰, el médico andaluz animó a los pacientes a escribir con fines diagnósticos y terapéuticos, ya que hemos encontrado alusiones a ésta práctica en los propios escritos de los pacientes. Así, una carta redactada por el ya citado paranoico, diagnosticado por Salas de "síndrome delirante de persecución, paranoia de interpretación forma erótica y querellante", era transcrita en su libro con las siguientes palabras:

*"Preguntado dentro del establecimiento de su digna dirección por la causa a que yo atribuyo mi reclusión y lo que respecto a ella dice mi familia..."*¹¹⁸¹.

Por otra parte, hemos hallado narraciones de pacientes redactados sobre papel oficial de la institución, probablemente porque, en ocasiones, se facilitaba el material necesario para dichas redacciones. No obstante, también se han registrado alusiones a las dificultades para escribir, como las referidas por un religioso melancólico que, en una misiva dirigida a un fraile el 11 de junio de 1914, tan sólo seis días después de ingresar, hablaba de estos impedimentos:

*"Mucho mejor sería que nos entiéramos por telégrafo porque aquí no tengo nada para que pueda escribir con facilidad aunque lo pida. Puede mandarme sellos y papel para poder escribir fácilmente"*¹¹⁸².

El poder de las familias en la decisión del internamiento.

Si bien sólo existían textos en las historias clínicas de 31 pacientes, se han analizado un total de 49, debido a que algunas contenían más de un manuscrito. Los escritos hallados son muy variados e incluyen reflexiones personales, cartas a familiares y amigos, cartas a los profesionales de la propia institución, escritos dirigidos a aquellas personas que consideraban responsables de su reclusión o, incluso, a instituciones judiciales.

¹¹⁷⁸ Historias clínicas XX-308, XX-443, XX-461 y la Historia clínica de Cayetano Galeote y Cotilla (desconocemos el número de la misma, debido a que no se encuentra en el archivo de la institución). Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁷⁹ En Escocia, casi tres décadas antes, Thomas Clouston, director facultativo del *Royal Edinburgh Asylum* ilustraba las alteraciones psicopatológicas de un paciente maniaco a través de una carta redactada por el mismo enfermo. Clouston, T. (1892). *Clinical Lectures on Mental Diseases*. London: J. & A. Churchill, p.161.

¹¹⁸⁰ Molinari, A. (2005), p. 380.

¹¹⁸¹ Salas y Vaca, J. (1920), p.108. En esta obra se puede leer la misiva completa. En la historia clínica XX-461 que corresponde a este paciente no hemos encontrado esta carta, si bien si se han hallado una epístola del padre del paciente a Salas y Vaca y el borrador de una carta del jefe facultativo al familiar.

¹¹⁸² Historia clínica XX-385. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

De modo similar a lo observado en otros trabajos¹¹⁸³, muchos de los escritos estaban dirigidos a los familiares más próximos quienes, como se ha mencionado, tenían una importancia clave en la decisión del internamiento psiquiátrico¹¹⁸⁴. De hecho, como veremos, la mayoría de los ingresos en Leganés se tramitaban a instancias de los más allegados, y este poder otorgado a las familias puede rastrearse a través de los escritos redactados por los propios pacientes¹¹⁸⁵. En una carta dirigida al propio Salas y Vaca, un estudiante que había ingresado en el Manicomio en octubre de 1900 le pedía, tras 15 meses de internamiento, que *“obligue a mi Señor Padre a que me saque pronto de esta casa”*¹¹⁸⁶, o, una mujer diagnosticada de degeneración mental e imbecilidad espetaba a su hermana que *“Tu sola y tú misma eres la que puedes concluir con esa situación tan horrible para mí”*¹¹⁸⁷. Otra mujer, ingresada desde enero de 1911 y diagnosticada de “manía religiosa, delirio sistematizado, forma paranoide de demencia precoz”, en una misiva dirigida su primo le reprochaba el ingreso *“me tienes en esta bienaventurada casa”*¹¹⁸⁸ y, en la carta que un ingeniero dirigió a su padre, se puede leer como al hablar de otro asilado escribía: *“para enmendarle le recluyó la familia una temporada”*¹¹⁸⁹. Por último, la presión de las familias para los ingresos queda de manifiesto en la carta enviada por un paciente diagnosticado de psicopatía degenerativa y alcoholismo que, en octubre de 1929, poco más de un año después de ingresar, transmitía al Director General de la Administración lo siguiente:

*“El que suscribe estas líneas, es un desgraciado que siendo empleado faltó a las Leyes, fue procesado y perteneciendo a una familia ilustre, sería una vergüenza que tuviese que ir a la Cárcel, y todo lo que se le ocurre a un hermano suyo es buscar la consabida influencia y recluirlo como Demente (...), aquí llevo quince meses, mi hermano aprieta para recluirme por vida y yo recurro al amparo de la Ley reclamando mis derechos”*¹¹⁹⁰.

Además de escritos dirigidos a los familiares, encontramos cartas para amigos y personalidades de carácter público, como el ya citado Director General de la Administración, el Director General de Seguridad o el Gobernador Civil de la provincia¹¹⁹¹. Hemos registrado

¹¹⁸³ Beveridge, A. (1997), p.436.

¹¹⁸⁴ Sobre el papel de las familias en el internamiento psiquiátrico en otros países se puede consultar: Prestwich, P. E. (1994). Family strategies and medical power: “voluntary” committal in Parisian asylum, 1876-1914. *Journal of Social History*, 27 (4), 799-818; McGovern, C. (1986). The myths of social control and custodial oppression: patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions. *Journal of Social History*, 20(1), 3-23 y Sacristán, C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico. *Frenia*, 2(2), 61-80.

¹¹⁸⁵ Así mismo, queda de manifiesto en las autobiografías realizadas por las internas del Hospital Psiquiátrico de Quarto al Mare en Génova (Italia). Molinari, A. (2005), p.382.

¹¹⁸⁶ Historia clínica XX-17. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁸⁷ Historia clínica XX-42. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁸⁸ Historia clínica XX-305. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁸⁹ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁹⁰ Historia clínica XX-889. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁹¹ Historia clínica XX-742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En esta epístola, escrita el 26 de noviembre de 1926, el paciente vuelve a denunciar su reclusión, esta vez al Gobernador Civil de la provincia. Tal y como hemos señalado en el capítulo I de este trabajo, los directores de los establecimientos estaban obligados a dar conocimiento del ingreso de los alienados al

una carta destinada al Juez del distrito de Getafe¹¹⁹², autoridad a quien debían dirigirse los responsables de Leganés, ya que esta población correspondía al Partido Judicial de Getafe. Así mismo, se ha observado el envío de misivas a la prensa como aquella degenerada que redactó una carta a D. Rafael Ginard de los Ríos, nombre que confundía con el de Rafael Ginard de la Rosa, director del diario *El País* desde su fundación, en 1891. En la carta la paciente denunciaba su reclusión culpando de la misma tanto a su hermano como al gobernador:

*"Para que me haga justicia y me saque cuanto antes de esta situación terrible en que me hallo pues llevado el gobernador y su hermana de lo que le decían las siervas no ha cumplido ni cumple con su deber de proteger al desgraciado y al desvalido"*¹¹⁹³.

En la tabla 1 se puede observar la distribución de destinatarios a los que estaban dirigidas las cartas¹¹⁹⁴:

Destinatarios	Frecuencia
José Salas y Vaca	4
Ignacio del Mazo y Almazán	3
Ramiro Llera y Téllez	1
"Director"	1
Familiares	12
Amigos/allegados	7
Religiosos	3
Personalidades públicas	5
No identificados	13

Tabla 1. Relación de destinatarios a los que estaban dirigidos los escritos

El soporte físico en el que se hallan las palabras de los pacientes es muy diverso, pues algunas misivas se encuentran en cuartillas específicas para correo postal mientras que otras fueron escritas sobre hojas de cuadernos escolares, papel de periódico o las ya citadas cuartillas con el sello de la institución. Destaca, por su singularidad, el caso de un ingeniero y oficial de telégrafos que escribía en los espacios libres de retazos de la revista *Electrician and Mechanic*. Cabe pensar que esta publicación estadounidense, editada entre 1890 y 1914

Gobernador de la provincia en el plazo de tres horas. Por otra parte, éstos eran los encargados de vigilar los establecimientos y de corregir las faltas que se cometieran en ellos. Véase: Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511.

¹¹⁹² Historia clínica XX-742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En esta misiva sin fecha, la paciente escribía al Juez para denunciar su reclusión injusta en el Manicomio realizada por parte de su madre y hermana "sin ser loca".

¹¹⁹³ Historia clínica XX-42. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁹⁴ Éstos son muy similares a los que se registraron entre las cartas de los internos escoceses en el *Royal Edinburgh Asylum*, si bien solían escribir con más frecuencia al director del asilo, Thomas Clouston e incluso se han registrado cartas hacia otros pacientes del mismo manicomio, situación que no se ha documentado en Leganés. Beveridge, A. (1998), p.436.

cuando se fusionó con *Modern Electrics* para convertirse en *Modern Electrics & Mechanics*, le fuera facilitada por sus padres ya que, al estar familiarizado con el idioma anglosajón, leía la revista con asiduidad¹¹⁹⁵. La utilización de una amplia variedad de papel para la redacción de estos textos también se ha descrito en otras instituciones¹¹⁹⁶.

Sin duda, las cartas estudiadas nunca fueron tramitadas por el personal del establecimiento y, por tanto, no llegaron a su destino, de lo contrario no se hubieran encontrado en la historia. En este sentido, se ha documentado la existencia de un control sobre la correspondencia de los internados por parte del personal de cuidado y administrativo del asilo, una norma habitual en las instituciones psiquiátricas¹¹⁹⁷.

Locos escritores y la narrativa del internamiento

En nuestra muestra de escritos hay más hombres que mujeres, ya que hemos hallado textos en las historias clínicas de 19 varones y 9 mujeres, que supone un ratio hombre/mujer de 2,1, mayor que el objetivado para la población manicomial general (1,2)¹¹⁹⁸. La mayoría de los que escribían (64,3%) estaban solteros cuando ingresaron y fueron internados como pensionistas (18 lo hicieron en segunda clase, tres en primera y siete, en beneficencia)¹¹⁹⁹. Esta desproporción entre sexos y entre los pobres y pensionistas, también mayor que la observada en la población general -los pensionistas, no llegaban al 65% del total de ingresos-, habría que analizarla en función del nivel cultural, inferior en clases más desfavorecidas y en mujeres¹²⁰⁰. Si bien es difícil de comprobar, una parte significativa de los pobres y las mujeres, probablemente eran analfabetos.

La mayor parte de los escritos analizados provienen de pacientes diagnosticados de paranoia, síndromes delirantes o psicosis, aunque también figuran narraciones de internos con demencia precoz, melancolía de involución, psiconeurosis, degeneración mental con

¹¹⁹⁵ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹¹⁹⁶ Es el caso del *Royal Edinburgh Asylum*, donde también se han hallado escritos sobre papel de revista al igual que en Leganés. Beveridge, A. (1998), p. 435.

¹¹⁹⁷ La supervisión de la correspondencia era una de las funciones del personal no facultativo en instituciones como el Manicomio Provincial de Jaén y el Manicomio de Ciempozuelos en los años treinta. Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Conseglieri y A. y Huertas, R. (2016), pp.114-115. En Escocia, la *Scottish Lunacy Act* de 1866, regulaba, entre otras cuestiones, el control a la correspondencia de los internos. Beveridge, A. (1998), p.434. La censura sobre las epístolas de pacientes internados se ha documentado también en el *Toronto Hospital for the Insane*. Véase: Reaume, G. (2000). *Remembrance of the patients past. Patient life at the Toronto Hospital for the insane*. Ontario: Oxford University Press, pp.73-91.

¹¹⁹⁸ Mientras que entre los que escribieron se registran casi un 70% de varones, los hombres constituyeron el 56% de la población general. En el siguiente capítulo de este trabajo realizaremos un abordaje del análisis de las características socio-demográficas de la población manicomial internada en Leganés.

¹¹⁹⁹ Los porcentajes a los que corresponde son: 25% en beneficencia y 75% en pensionista.

¹²⁰⁰ Villanova R. (1992). *Atlas de la evolución del analfabetismo en España de 1887 a 1981*. Madrid: CIDE.

impulsos, síndrome degenerativo, epilepsia, psicopatía, alcoholismo, síndrome paralítico o demencia paranoide.

Las narrativas son variadas pero, entre los temas más frecuentes, estaba el deseo de salir de la institución y regresar a casa, reflejando la vivencia del Manicomio como un no-lugar, un sitio que no les era propio, en el que se encontraban aislados en una espera que podía prolongarse durante años. Esta impresión paratópica, bien descrita por Rafael Huertas¹²⁰¹, puede rastrearse en muchos de los textos estudiados en los que el asilo aparece como un lugar de secuestro, aislamiento y negación de la identidad¹²⁰²: *"los lamentos de un hombre que está sufriendo las lógicas consecuencias de encontrarse en un sitio que no es el que le corresponde"*¹²⁰³, *"Sabrá usted que estoy encerrado en una casa de locos donde no veo medios de poder salir"*, *"que a mí me tienen sin familia y sin protectores encerrado en este Manicomio de Leganés desde donde le escribo y deben darme libertad"*¹²⁰⁴, *"arrebatado por el engaño y la fuerza bruta, he sido ignominiosamente separado del seno de mi familia (...) recluyéndome en esta Casa de dementes sin más razón que la del más fuerte"*¹²⁰⁵, *"me han encerrado en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés que es en parte Manicomio y en parte cueva de ladrones"*¹²⁰⁶ o *"ayer me trajeron engañado a esta y quisiera que me hablasen de ese asunto"*¹²⁰⁷. Si bien muchas de las cartas no están datadas, de las que sí figura fecha, podemos extraer que la mayor parte de los pacientes escribieron a lo largo del primer año de internamiento.

Paralelamente al deseo de salir, se observan reivindicaciones de la propia dignidad y ausencia de locura, como refleja la siguiente carta de un paciente diagnosticado de demencia precoz y dirigida al propio Salas y Vaca: *"han transcurrido 15 meses desde que ingresé en este establecimiento durante los cuales no se habrá observado nada anormal en mí (...) espero atienda mi pretensión de darme salida pronto (...) no hay ningún motivo para mi reclusión"*¹²⁰⁸ o el siguiente retazo de un escrito de un interno al que se le diagnosticó de "síndrome paranoide-psicosis sistematizada progresiva": *"después de cuatro años de observación me encuentro en esta casa de Santa Isabel sin estar enfermo ni preso"*¹²⁰⁹.

¹²⁰¹ Sobre el concepto de paratopía como espacio de no pertenencia aplicado al internamiento manicomial véase: Huertas, R. (2013b).

¹²⁰² Esta experiencia de arresto, de ingreso "a la fuerza" ha sido descrita también en otras instituciones: Barfoot, M., Beveridge, A. (1990), p.274 y Beveridge, A. (1998), p.436.

¹²⁰³ Historia clínica XX-889. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁴ Historia clínica XX-197. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁵ Historia clínica XX-390. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁶ Historia clínica XX-460. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁷ Historia clínica XX-509. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁸ Historia clínica XX-17. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁰⁹ Historia clínica XX-481. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Similares son las palabras de una religiosa, en una misiva dirigida al Reverendo: *"Yo no estoy trastornada ni mucho menos, aquí lo ven todos y cuanto más tiempo esté más verán"*¹²¹⁰, o las de un parálítico, escritor de profesión, que redactaba: *"yo no estoy loco y es una infame felonía tenerme en este horrible encierro, peor mil veces que un presidio"*¹²¹¹.

El incumplimiento de los plazos de observación establecidos por la ley fue habitual en la época. En concreto, en Leganés, como ya hemos señalado, era común que los pacientes sobrepasaran el año de observación máximo permitido por la legislación vigente. Esta desprotección legal también quedó de manifiesto en la carta que un militar, diagnosticado de "síndrome de carácter persecutorio tipo psicosis sistematizada progresiva y delirio de interpretación", remitía a un amigo: *"Hace más de tres años que estoy en observación (...), comprenderás que terminado con exceso el plazo prudente de observación militar y civil, la libertad es un derecho legítimo"*¹²¹².

Otro ejemplo de sentimientos de indefensión puede apreciarse en las palabras de este paranoico que ingresó en el Manicomio en junio de 1914 y, en un texto sin fechar, escribía: *"Justicia estricta y no otra cosa (...) de vosotros este desgraciado que sufre resignado las consecuencias de una vil calumnia"*¹²¹³.

Las reacciones que encontramos ante el internamiento son, en su mayoría, desoladoras y transmiten intensa angustia y desesperación: *"sumiéndome con ello en la amargura de verme tan inmensamente privado de los cuidados de mi familia a los 65 años de edad"*¹²¹⁴, *"le escribo desde esta, para mí, la antesala del infierno"*¹²¹⁵, *"mi espíritu esté muerto y desilusionado de todo (...) yo saldré de aquí para el cementerio"*¹²¹⁶, *"estoy harto de esta horrible prisión y si no recupero pronto mi libertad y mi casa, me mataré (...) Si dentro de cuatro días no estoy en mi casa, me suicidaré sin remedio"*¹²¹⁷, *"Os suplico me ayudéis eficazmente a recuperar la salud pues fuera divagaciones todo esto puede traer una reclusión perpetua y suicidio como consecuencia"*¹²¹⁸.

¹²¹⁰ Historia clínica XX-351. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹¹ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹² Historia clínica XX-481. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹³ Historia clínica XX-390. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹⁴ Historia clínica XX-390. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹⁵ Historia clínica XX-460. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹⁶ Historia clínica XX-472. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Este paciente realizó tres tentativas de suicidio y murió por una meningoencefalitis en 1920.

¹²¹⁷ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²¹⁸ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Una institución con carencias: el discurrir diario manicomial

Los textos de los enfermos, además de las experiencias emocionales ligadas al internamiento, nos ofrecen claves para entender la vida diaria dentro de la institución, aspectos que han sido bien estudiados en otras instituciones en los últimos años¹²¹⁹.

Como hemos señalado en el capítulo I del presente trabajo, la Casa de Santa Isabel de Leganés presentó numerosas deficiencias estructurales desde su fundación que obligaron a un elevado número de reformas para intentar habilitarla y acondicionarla. Estas reparaciones y ampliaciones se hicieron sin atender a los criterios médicos y técnicos, convirtiendo la institución en una edificación poco funcional y con importantes carencias para albergar pacientes mentales, insuficiencias que quedaron de manifiesto en los textos escritos por los pacientes. Así lo explicaba un comerciante, diagnosticado de "psicosis sistematizada progresiva forma delirante de persecución y grandeza", en una misiva dirigida a su suegra a los 17 meses de ingresar en la institución:

*"En San Rafael tenía dos habitaciones completamente separadas de las de los locos, con todo el servicio en ellas y un criado para asistirme; aquí tengo que compartir con otra persona una pequeña celda situada entre las de los locos, ocasionándome esta falta de independencia grandísimas molestias (...) ni siquiera puedo descansar con tranquilidad de noche, pues a cada momento interrumpen mi sueño conversaciones, ruidos y gritos de locos y loqueros (...). Durante el invierno, que pasé muy mal, se me sirvieron las comidas en mi celda y mandó el Director poner brasero para que no sufriera tanto del frío (...). Tengo que sentarme en sillas y bancos de madera"*¹²²⁰.

El mismo paciente volvía a aludir a las condiciones habitacionales en una carta dirigida a Salas y Vaca: *"gravísimamente enfermo, mal instalado en una espaciosa habitación sumamente húmeda y fría, sin brasero, helado de frío"*¹²²¹. No fue el único que señalaba estas carencias. En la misma línea se pronunciaba una paciente diagnosticada de degeneración mental y delirio de persecución: *"Estoy delicada, enferma y necesito estar al sol o en una estufa"*¹²²².

A través de estas narraciones accedemos a duras críticas sobre el trato ofrecido y el estado general del establecimiento:

¹²¹⁹ Rivera Garza, C. (2001). Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado en el Manicomio General de la Castañeda (1910-1930). *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 57-89; Reaume, G. (2000); Beveridge, A. (1998).

¹²²⁰ Historia clínica XX-308. Archivo del Histórico del IPSSM José Germain.

¹²²¹ *Ibidem*.

¹²²² Historia clínica XX-503. Archivo del Histórico del IPSSM José Germain.

“Cuando fui interrogado por el Sr. Juez les manifesté el abandono de aquí, su organización fuera del siglo en que vivimos, lo malo del trato, así como de sus comidas, escasas, mal condimentadas, y algunas veces en estado de descomposición. Aquí no hay de hecho ni Director, ni médicos de guardia, y sí los hombres en un completo abandono, hombre enseñado [encerrado?] por vida, amarrados y el resto tirado por los suelos sin distracciones, esto es el Manicomio visto por dentro por un hombre que no está Demente durante quince meses, esto es bochornoso”¹²²³.

La vestimenta y la alimentación eran quejas frecuentes en la correspondencia de los pacientes psiquiátricos y, en muchas ocasiones, iban asociadas¹²²⁴. Durante los primeros años de funcionamiento de la institución, la ropa y el calzado de los internos fueron suministrados por el Asilo de Bernardino de Madrid, un lugar de internamiento de mendigos. Posteriormente, en el primer Reglamento de 1873, se regulo de manera detallada la vestimenta que debían llevar los pacientes, cuestión que sería un elemento diferenciador de clases ya que los pensionistas podían vestir con ropa que les trajera la familia mientras que los enfermos de beneficencia debían llevar un uniforme. Además del vestido, las diferencias señaladas también se percibían en la alimentación, ambas motivo habitual de queja entre los internos de Leganés¹²²⁵: *“he estado tan mal alimentada y con una comida escasa”¹²²⁶, “me estoy quedando desnudo y, antes que entre el otoño, quiero equiparme de ropa interior y exterior por mi cuenta”¹²²⁷, “Al llegar aquí se me sirvió una miserable comida (...) Ayer sin ir más lejos se me obligó a comer de vigilia, sirviéndome por toda cena judías y bacalao, que para mí es lo mismo que si me hubieran servido veneno”¹²²⁸, “mal alimentado y mal vestido (...) yo no puedo con las comidas que me dan en el Establecimiento. La sémola no se puede comer; el puré no me sienta; las lentejas me dan descomposición y como están mal guisadas no se pueden comer y por tanto, como no se puede comer porque el litro de aceite está a 25 pesetas, yo necesito que mi familia me mande el dinero para poder comprar de todo y comer aquellas cosas que me sientan bien”¹²²⁹, “sigo en esta prisión comiendo de segunda, y pasando hambre”¹²³⁰. Todas las quejas sobre la alimentación se refieren a la escasez o mala condimentación, una situación bien distinta a los internos del *Royal Edinburgh Asylum*, que*

¹²²³ Historia clínica XX-889. Archivo del Histórico del IPSSM José Germain.

¹²²⁴ Villasante, O. (2008). Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenía*, 8, 33–68.

¹²²⁵ *Ibidem*, pp.58-59. Ya desde su inauguración se encuentran referencias a la escasez de comestibles tal y como señaló Robustiano Torres en 1859: *“lejos de la capital donde por regla general, se abastece de varios artículos de primera necesidad, por carecer el pueblo donde se halla establecido hasta de las cosas más indispensables de la vida y por tener en él todos los artículos de consumo, así comestibles como combustibles, incluso la leña, un precio tan subido al menos como en Madrid (...) en aquel pueblo no se cultivan más que algunas verduras, algunas legumbres y trigo. Las carnes, tocino, aceite, etc. o se llevan de Madrid, o se acarrean de otras partes (...)”*. Torres, R. (1859). De la locura y los manicomios. *La España Médica*, 4, pp. 162 y 568.

¹²²⁶ Historia clínica XX-305. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²²⁷ Historia clínica XX-308. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²²⁸ *Ibidem*.

¹²²⁹ Historia clínica XX-503. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³⁰ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

protestaban porque se les obligaba a comer grandes cantidades de alimentos, como parte del régimen curativo entendido por Thomas Clouston¹²³¹.

Si bien la vestimenta debía ser proporcionada por los familiares de los pensionistas, desconocemos si podían recibir comida, porque no hemos hallado ninguna alusión en el Reglamento de la institución, aunque éstos si la solicitaban a sus familiares: *"Hace pocos días recibí una de mis camisetitas de abrigo, a buena hora, cuando me has tenido privada de ella dos inviernos"*¹²³², *"Te escribo ésta para ver si tengo más suerte que he tenido con las anteriores, que quiero que me mandes pues tengo ilusión antes de morirme quisiera tomar una gran cantidad de azúcar y café, bombones y caramelos de la Mallorquina y agujas de jamón dos libras de chocolate, medias noches y huevos ya que tengo la desgracia de estar aquí para siempre se ha dicho que las penas con pan son menos ten lastima de mí y no me dejes morir sin haberme dado ese gusto ya que ahora no me pagas pensión ni nada mándame una cuchara que la que tenía me la ha perdido una enferma y ven tu a verme (...) Manteca blanca y una perdiz, mándamelo"*¹²³³.

Un establecimiento más benéfico que asistencial: "los médicos no cumplen su deber"

Los sentimientos de desamparo, desolación y aislamiento no se limitaban al estado de la comida, la vestimenta o la sensación de encierro, sino que también se refieren al personal de la institución. Así, un religioso melancólico se quejaba, a los pocos días de ingresar, de que no se le había administrado ningún tratamiento: *"Hasta ahora los médicos no me dan medicina alguna"*¹²³⁴. Independiente de la psicopatología de los pacientes que podría matizar la veracidad de algunas afirmaciones, es innegable que, como veremos, los tratamientos eran escasos y las visitas de los médicos muy poco frecuentes. Esta situación es puesta de manifiesto por el citado ingeniero paranoide en una misiva dirigida a sus padres en 1917, al año siguiente del internamiento, en la que refiriéndose a José Salas y Vaca, expresaba lo siguiente:

"Viene el Sr. Salas el sábado y pretendo hablarle pues hacía bastante, cerca de medio año, que no lograba hacerlo (...) ¿No os da lástima dejar que por falta de cuidados se aniquilen 31 años? (...) cuando tras breves frases le expongo en mi

¹²³¹ Beveridge, A. (1998), pp.438-442.

¹²³² Historia clínica XX-742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³³ Historia clínica XX-42. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³⁴ Historia clínica XX-385. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

opinión cuán natural es la aprensión sin locura se excusa cortés dejándome con la boca abierta"¹²³⁵.

Esta queja no era exclusiva del director y el paciente también aludió, en los mismos términos, al entonces médico residente, Ignacio del Mazo Almazán: *"Me presento a D. Ignacio con mi carta de fecha 16 y me deja con promesa hablarme detenidamente en otra ocasión"*¹²³⁶, alusiones a la falta de atención médica que no eran únicas como se puede leer en otros dos fragmentos de textos redactados por pacientes: *"ni los médicos me hacen caso"*¹²³⁷, *"los médicos no cumplen su deber de observar quién está bien y darle salida, sino que lo dejan al capricho de las familias que si quieren tener aquí metida una persona, la tienen aquí años y años aunque no esté demente"*¹²³⁸.

Además de los facultativos, otros trabajadores de la institución supusieron el centro de atención de determinadas narrativas. Es el caso de los mozos enfermeros¹²³⁹, encargados de atender a los pacientes y hacerles cumplir las normas de la institución.

*"Los mozos, por una parte, me menosprecian y bien haría V. en imponer una severa corrección disciplinaria al mozo V., sentándole las costuras para que aprenda educación y urbanidad y tratar con el debido respeto a las personas decentes. Espero que este castigo será ejemplar, para que los demás escarmienten todos en cabeza ajena (sic)"*¹²⁴⁰.

El trato abusivo, ya prohibido en la Ley de Beneficencia de 1822¹²⁴¹, ha sido frecuentemente denunciado en las instituciones psiquiátricas¹²⁴². Sin embargo, sólo en ocasiones, el maltrato ha traspasado la barrera del Manicomio y hay constancia de una multa o sanción a los responsables. Como hemos señalado, en una historia clínica de la segunda década está documentado el despedido de unos enfermeros, a los que el Juez consideró culpables de las lesiones halladas en el cadáver de un paciente¹²⁴³. En cambio, es más frecuente que algunos escritos de pacientes pongan de manifiesto el papel coercitivo que desempeñaron las

¹²³⁵ Historia clínica XX-443. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³⁶ *Ibidem*.

¹²³⁷ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³⁸ Historia clínica XX-742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²³⁹ Esta profesión estuvo durante el siglo XIX más próxima a la vigilancia carcelaria que a los cuidados de enfermería. Villasante, O. (2013). Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En D. Simon Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 371–385). Madrid: AEN.

¹²⁴⁰ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁴¹ Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid: Frenia, p. 171; Espinosa Iborra, J. (1966). *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, pp. 37-58.

¹²⁴² Las referencias al maltrato en los escritos de los pacientes se han documentado también entre los internos del *Toronto Hospital for the Insane*. Reaume, G. (2000), pp. 73-91.

¹²⁴³ Historia clínica XX-247. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

hermanas de la caridad. Así, una religiosa de su misma orden se expresaba, en febrero de 1925 a los dos meses de ingresar, de esta manera:

*"Y yo valgo tan poco que me tenéis año y medio en donde sabes que tratan tan mal como es en Observación, pues tu como has estado en Mazorra, de Hermana, ya sabes los malos tratamientos de estas clases de casas, donde a cada paso andáis poniendo las camisas de fuerzas y dando palizas y encerrando en la celda"*¹²⁴⁴.

Pero no todas las referencias que encontramos sobre el personal de la institución son de carácter negativo. En 1912, el mencionado paciente delirante, en la carta que dirigió a su suegra, vertía significativos elogios hacia los trabajadores del Manicomio:

*"Estoy profundamente agradecido a estas buenísimas Hermanas, al Director, a los médicos, al practicante y a toda la servidumbre; pues de todos he recibido y recibo grandes muestras de consideración y afecto, y todos han hecho y hacen cuanto está de su parte para serme agradables, considerándome y distinguiéndole muy marcadamente", si bien restaba importancia a la labor que éstos pudieran realizar: "esta casa es del Gobierno y no basta la buena voluntad de las personas que la dirigen y administran para cambiar sus condiciones. Ni ocurre aquí lo que en un Establecimiento particular, que el Director manda y hace en su casa lo que le viene en gana"*¹²⁴⁵.

Este mismo paciente describía al administrador, D. Ramiro Llera y Téllez, como: *"un buen señor, demasiado bondadoso para la dependencia subalterna"*¹²⁴⁶. Así mismo, una religiosa diagnosticada de manía persecutoria, que había ingresado en 1914, alababa los principios religiosos de Salas: *"como gracias a Dios hay un médico Cristiano a toda prueba y una superiora según dios que es una Santa"*¹²⁴⁷. Incluso hubo un paciente que, tras ser dado de alta, escribió al Manicomio, en concreto al citado administrador, para comunicar su llegada al domicilio y expresarle su reconocimiento:

*"Muy Sr. Mío: Dispénseme que no le haya escrito antes por no haber tenido tiempo y estar ocupado con la familia, (...) Llegué perfectamente bien y sin novedad. Aquí mi familia están bien y (...) para todas las hermanas, y en particular Sor Teresa y Sor Juana, y sabe que le aprecia y estima su afectuoso amigo"*¹²⁴⁸.

El estudio del material epistolar conservado en las historias clínicas de los pacientes internados en el Manicomio Nacional nos ofrece una valiosa información sobre las características de la institución, su funcionamiento y vida cotidiana e, incluso, proporciona algunas pinceladas sobre la asistencia prestada a su población. El demostrado interés de un neuropsiquiatra como Salas y Vaca en los escritos de los pacientes nos permite acceder hoy

¹²⁴⁴ Historia clínica XX-742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁴⁵ Historia clínica XX-308. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁴⁶ Ibídem.

¹²⁴⁷ Historia clínica XX-351. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁴⁸ Historia clínica XX-42. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

a un material muy rico desde el punto de vista historiográfico. El análisis de sus publicaciones científicas arroja una obra de gran valor, como *Los Degenerados en Sociedad*, monografía que aborda una teoría psiquiátrica, aún vigente en el primer tercio de siglo, pero de escasa producción original en España y cuya aplicación práctica en las instituciones es prácticamente desconocida. Por otra parte su preocupación por la mejora de las condiciones de habitabilidad de los establecimientos psiquiátricos y la introducción de los avances terapéuticos se tradujo en reformas en el Manicomio Nacional de Leganés, que hemos podido rastrear en *Frenocomios Españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados y Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*¹²⁴⁹.

No cabe duda que su interés por la clínica ha enriquecido los expedientes clínicos del período en el que Salas y Vaca ejerció y, además de la documentación personal ya analizada, las historias contienen datos muy variados sobre los internados en Leganés, constituyendo, como ha señalado Huertas, una fuente de enorme riqueza para la investigación historiográfica¹²⁵⁰. En el próximo capítulo nos proponemos analizar las características socio-demográficas de la población que ingresó en la institución en nuestro periodo de estudio. Se examinarán también las dinámicas poblacionales y la mortalidad ya que, las estancias prolongadas, generalmente hasta el fallecimiento de los pacientes, eran habituales en las instituciones psiquiátricas de la época.

¹²⁴⁹ Salas y Vaca, J. (1924a) y Salas y Vaca, J. (1929).

¹²⁵⁰ Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. *Frenia*, 1(2), 7-37; Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata., p.151-167. También se puede consultar al respecto: Livianos Aldana, L. (2003). La historia clínica como fuente para la historia de la psiquiatría. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente Ots (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 773-784) Madrid: Frenia. En este sentido, se considera como referente primordial el trabajo pionero elaborado por Laín Entralgo en 1950. Laín Entralgo, P. (1950). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: CSIC.

CAPÍTULO IV

DEMOGRAFÍA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MANICOMIAL EN EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS (1900-1931)

DEMOGRAFÍA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MANICOMIAL EN EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS (1900-1931)	271
LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX	273
"Hoja de entrada y vicisitudes"	275
"Hoja de observaciones clínicas" y Hoja con datos de filiación	285
La variabilidad temporal en las historias clínicas	292
LA POBLACIÓN MANICOMIAL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES DE LEGANÉS EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX	295
La población manicomial	297
Perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresaron nuevos en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931	302
Las profesiones de los asilados	305
Procedencia geográfica	308
Estancia media	309
MOVIMIENTOS POBLACIONALES EN EL MANICOMIO: LA ADMISIÓN DE ENFERMOS	311
La admisión de pacientes en las primeras décadas del siglo XX	312
Ingresos anuales globales	312
Ingresos anuales en otras instituciones españolas	314
Ingresos en función de las categorías	316
Ingresos y altas en el Manicomio	317
Ingresos y altas en otras instituciones psiquiátricas españolas	319
LA DIFÍCIL SALIDA DE LA INSTITUCIÓN: LAS ALTAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX	323
Del internamiento definitivo a la salida voluntaria	324
La situación clínica de los pacientes a la salida de la institución	332
LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA	335
La mortalidad en el Manicomio de Leganés	337
Más muertes en el departamento de beneficencia	341
Mortalidad en otros establecimientos psiquiátricos españoles	343
CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MANICOMIO	347
El predominio de la mortalidad de causa infecciosa	347
La tuberculosis en el Manicomio de Leganés	354
Otras patologías infecciosas	358

LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

En el presente capítulo nos proponemos describir el perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, así como los movimientos poblacionales (ingresos, altas, traslados y defunciones) y la mortalidad en la institución. Para este análisis hemos utilizado como fuente principal el contenido hallado en las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados en la institución en el periodo objeto de estudio.

El trabajo con historias clínicas como fuente documental¹²⁵¹, como ha señalado Rafael Huertas¹²⁵², es de una enorme riqueza para la investigación historiográfica sobre la práctica de la asistencia psiquiátrica. En este sentido, los historiales clínicos de Leganés son muy variados y, en ellos, encontramos distintos tipos de documentos de carácter clínico y administrativo, que detallamos en las tablas 1-3. Éstas recogen la diferente documentación recabada en los 1041 expedientes clínicos de todos los pacientes ingresados la institución, entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931.

Documentos	Frecuencia	%
Hoja de entrada y de vicisitudes	1020	97,8
Hoja de observaciones clínicas	170	16,3
Hoja con datos de filiación	234	22,4

Tabla 1. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (1). N=1041

¹²⁵¹ En este sentido, se considera como referente primordial el trabajo pionero elaborado por Laín Entralgo en 1950. Laín Entralgo, P. (1950). *La Historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: CSIC.

¹²⁵² Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. *Frenia*, 7(2), 7-37; Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata., p.151-167. También se puede consultar al respecto: Livianos Aldana, L. (2003). La historia clínica como fuente para la historia de la psiquiatría. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente Ots (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 773-784) Madrid: Frenia.

Documentos administrativos relacionados con la admisión del paciente		
Oficio de la Dirección General de la Administración a la Junta de Patronos concediendo plaza	708	67,9
Documento emitido por la Junta de Patronos y dirigido a la Dirección General de la Administración comunicando el ingreso del paciente	13	1,2
Comunicación del ingreso a la Alcaldía de Leganés	334	32
Documentación clínica		
Certificados médicos	67	6,4
Certificados de defunción	10	0,9
Documentación administrativa relacionada con la hospitalización		
Concesiones de licencia de 2 meses	287	27,5
Concesión de prórroga de licencia de 1 mes	79	7,6
Concesión del alta del Manicomio	48	4,6
Oficios para la devolución de cuotas ya pagadas	85	8,1
Documentos de cambio de categoría del internamiento	48	4,6
Oficio de reclusión definitiva	115	11
Partes semestrales sobre el estado de los pacientes al Juzgado ¹²⁵³	35	3,4
Correspondencia con el Juzgado	34	3,2
Correspondencia con diversos estamentos militares	10	0,9
Correspondencia con prisión/ dirección general de prisiones	3	0,2
Documentación personal		
Escritos de pacientes	28	2,6
Textos y cartas redactados por familiares y allegados de los pacientes	67	6,4

Tabla 2. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (2). N=1041

¹²⁵³ La obligatoriedad de emitir partes semestrales sobre el estado de los pacientes en los que se justificaba la necesidad de continuar el internamiento se estableció a partir de la promulgación del Decreto para la asistencia a los enfermos mentales de 1931. Estas comunicaciones han sido registradas, por tanto, en épocas como la Segunda República española y la posguerra, siendo prácticamente inexistentes durante la guerra civil española. Tierno, R. (2008). Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 97-129, p.106; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.155 y Nuevo decreto para la asistencia a los enfermos mentales. (2000). [1931] *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181-188.

Otros documentos		
Historiales clínicos de otras instituciones (Manicomio de Ciempozuelos, Hospital Militar, Manicomio de Sant Boi de Llobregat, Clínica Militar de Ciempozuelos o Sanatorio de Santa Águeda)	10	0,9
Recortes de periódicos/páginas de libros	4	0,3

Tabla 3. Documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (3). N=1041

Si bien no podemos realizar una descripción pormenorizada de cada uno de estos documentos, nos gustaría destacar algunos de ellos por su frecuencia, como es el caso de la “Hoja de entrada y vicisitudes”, o por la información que contienen, como son las cartas y textos redactados por familiares o allegados de los pacientes. Si en el capítulo precedente se ha realizado un análisis del material epistolar redactado por los pacientes ingresados en la institución, lo que nos ha permitido aproximarnos al funcionamiento y la vida cotidiana del establecimiento desde la subjetividad de los internos, en el presente apartado dedicaremos la atención a aquellas narraciones realizadas por personas relacionadas con los pacientes institucionalizados (familiares, conocidos, allegados...etc.). Abordaremos este material de gran valor histórico con el objetivo de acercarnos a las relaciones que tanto los internos como el personal de la institución mantenían más allá de los muros manicomiales.

“Hoja de entrada y vicisitudes”

La “Hoja de entrada y vicisitudes”, es un documento vigente desde el siglo XIX y que se puede encontrar a lo largo de toda la historia del Manicomio¹²⁵⁴. Es el documento de mayor relevancia y regularidad registrado en las historias, encontrándose, al igual que en periodos posteriores¹²⁵⁵, en prácticamente la totalidad de los historiales (97,8% del total) (Figura 1).

En ella se recogían al ingreso del paciente, además de la fecha y hora en que era recibido en la institución, datos sociodemográficos (nombre del paciente y de sus progenitores, edad y lugar de nacimiento, estado civil, lugar de residencia y profesión) y cuestiones relativas al internamiento psiquiátrico (la autoridad o particular que promovía el ingreso, la disposición judicial o administrativa que ordenaba la reclusión, la categoría en la que ingresaba-pobre,

¹²⁵⁴ Se ha descrito la presencia de esta hoja de recogida de datos al menos desde 1855. Historia clínica XIX-214. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁵⁵ La regularidad en la presencia de este documento en las historias clínicas se ha mantenido durante periodos posteriores de la institución como la Segunda República española o la posguerra, si bien durante la contienda civil se registra una disminución llegando a desaparecer casi por completo entre octubre de 1936 y junio de 1937. Véase: Vázquez de la Torre, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia*, 8, 69–96, p.73 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.151.

pensionista de primera o pensionista de segunda clase- y el tipo de ingreso-en observación o definitiva-). Esta información debía ser *"inscrita en un registro foliado"*, según el Reglamento Orgánico vigente, por el administrador del establecimiento¹²⁵⁶. Además, se dedicaba un apartado a anotar los datos clínicos del paciente bajo el epígrafe de "Reconocimiento de Entrada", en donde se señalaba el "padecimiento" (esto es, el diagnóstico que se le asignaba a su entrada en el establecimiento), cuestión que se registró en todas las "Hojas de entrada y vicisitudes", excepto en dos. Junto al diagnóstico, se describían también la *estatura, temperamento y la constitución*¹²⁵⁷, variables reflejadas en cerca de la mitad de los pacientes que ingresaron en nuestro periodo de estudio, a diferencia de épocas posteriores, en las que esta información solía estar ausente¹²⁵⁸.

¹²⁵⁶ Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. *Gaceta de Madrid*, 135(15 de mayo de 1885), pp. 447-450. Artículo 71. A partir de aquí se citará como Reglamento orgánico de 1885.

¹²⁵⁷ A lo largo de los últimos 200 años, términos como personalidad, carácter, temperamento o constitución han cambiado e intercambiado significados. En todas estas combinaciones y permutaciones han presidido factores científicos, ideológicos, jurídicos y sociales y se han ido creando modelos y teorías que han intentado realizar hipótesis explicativas de la personalidad. Véase: Berrios G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14-30; Allport G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Henry Holt and Company; Ribot T. H. (1912). *Las enfermedades de la personalidad*. Madrid: Jorro; Werlinder H. (1978). *Psychopathy: a History of the Concepts*. Motala: Borgströms.

¹²⁵⁸ Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p. 83.

CASA DE SANTA ISABEL EN LEGANÉS

HOJA DE ENTRADA Y VICISITUDES DE D. *[Redacted]*

En 19 de Enero de 1916, a las 1 de la tarde, y en virtud de orden de la Dirección General entró *[Redacted]* hijo de *[Redacted]* y de *[Redacted]* natural de Santa Cruz de Tenerife, provincia de Canarias, de 25 años de edad, de estado viudo, vecino de Madrid, provincia de id, vive en id, su oficio u ocupación Oficial de Telégrafos e Ingeniero, sus señas personales (Está a disposición de la Audiencia de Madrid).

La orden de admisión ha sido expedida a instancia de D. *[Redacted]*, su padre, que vive en Calle de Trafalgar 12-2º 1º da Madrid.

RECONOCIMIENTO DE ENTRADA

Estatura *[Redacted]* Temperamento *[Redacted]*

Constitución *[Redacted]*

Padece *[Redacted]*

[Redacted]

[Redacted]

EXTRACTO DE SU HISTORIA CLÍNICA Y VICISITUDES GENERALES

AÑO	MES	DÍA
1916	Enero	19

[Handwritten clinical history text follows in columns]

Figura 1. "Hoja de entrada y vicisitudes". Fuente: Historia clínica XX-443. Archivo del IPSSM José Germain

La *estatura* se registró en 487 pacientes, lo que corresponde a un 46,7% del total, bajo las descripciones de "alta" (30%), "mediana" (4,7%), "baja" (16%), "regular" (48%) y "buena" (1%), si bien no se detallan los límites de estas descripciones. Por otra parte, las distintas variedades de *temperamento* que aparecieron en 486 pacientes (46,6%) se ajustaron, en su mayoría, a los sistematizados por el médico y filósofo francés Pierre J. G. Cabanis (1757-1808)¹²⁵⁹. Como resultado de una actualización de la medicina hipocrático-galénica, este clínico había descrito seis temperamentos- sanguíneo, bilioso, linfático, melancólico, muscular y nervioso-. En la mayoría de las historias clínicas se consignó el *temperamento*

¹²⁵⁹ Cabanis, P. J. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Baillière. Tomado de: Caponi, S. (2009). Clima, cerebro y degeneración en Cabanis. *História, Ciências, Saúde*, 16(4), 961-979.

"nervioso" (75,7%), distribuyéndose el resto entre el "nervioso-linfático" (9,5%), "linfático" (7,6%), "nervioso-sanguíneo" (3,9%), "sanguíneo" (3%) y "bilioso" (0,2%). Por último, entre los 479 pacientes en los que se reflejó la *constitución* (46%), se han registrado una amplia variedad de descripciones como "buena" (53,7%), "regular" (20,8%), "mediana" (14,6%), "débil/endeble" (4,1%) o "fuerte/robusta" (5%), aunque, en el 1,6% restante también se registran asilados de constitución "mala", "enfermiza", "notablemente desarrollada", "sanguínea", "muy disminuida" u "obesa". Esta terminología difiere de la que posteriormente utilizaría Ernst Krestchmer (1888-1964) al establecer sus tres tipos constitucionales-leptosómico, atlético y pícnico-¹²⁶⁰.

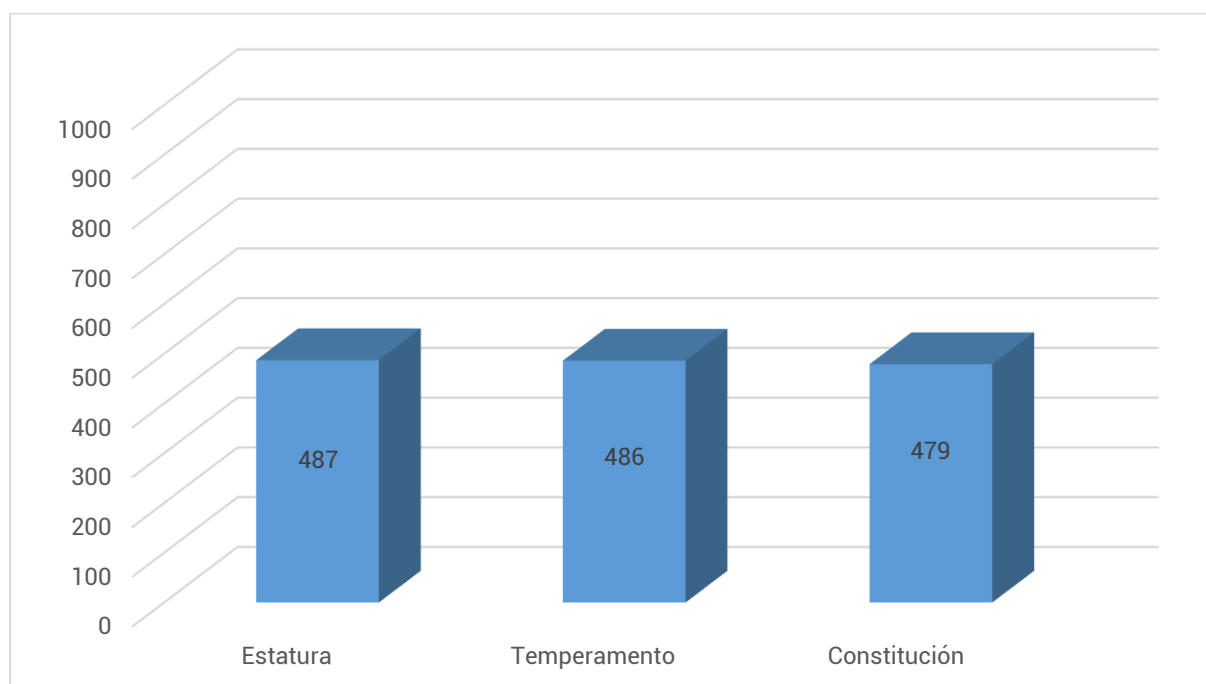


Figura 2. Número de historias clínicas en las que se registraron las variables de estatura, temperamento y constitución en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

¹²⁶⁰ A partir de los hipocráticos, la medicina científica pudo elaborar el material clínico con arreglo a dos pautas: obteniendo los tipos de enfermar, esto es, los tipos nosológicos y tipificando a los enfermos, es decir, describiendo los tipos constitucionales. Galeno de Pérgamo (131-201) explicó los temperamentos a partir de dos pares fundamentales de cualidades opuestas: cálido-frío y húmedo-seco, a partir de lo que estableció la existencia de nueve temperamentos que eran hereditarios. Siglos más tarde, Pierre J. G. Cabanis (1757-1808), con clara mentalidad localicista y anatómica describió seis temperamentos: sanguíneo, bilioso, linfático, melancólico, muscular y nervioso. A lo largo del siglo XVII el término "temperamento" fue dando paso al de "constitución". El desarrollo conceptual y clínico más rico de la idea de la constitución se dio en Alemania. La figura principal fue Ernst Kretschmer (1888-1964). Para este autor el término "temperamento" significaba el *"conjunto de cualidades afectivas que caracteriza a una individualidad, basándose en su sensibilidad y reactividad a los afectos"*. Afirmó que *"la correlación entre la estructura del cuerpo y el temperamento se establece por vía endocrino-humoral y en estrecha correspondencia con el sistema nervioso vegetativo"*. Estableció tres tipos constitucionales: leptosómico, atlético y pícnico, que correspondían a los temperamentos esquizotímicos, viscosos y ciclotímicos respectivamente. Asimismo, sostuvo que las enfermedades hereditarias psíquicas se repartían de forma análoga, es decir, esquizofrenia, epilepsia y enfermedades afectivas cíclicas. Véase: Pinillos J. L., López-Piñero J. M. y Ballester L. G. (1966). *Constitución y Personalidad: Historia y Teoría de un problema*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 224-232 y Kretschmer, E. (1954). *Psicología médica*. Barcelona: Labor, S. A., pp.191-207.

Como vemos en la figura 2, la cantidad de historias clínicas en las que la estatura, el temperamento y la constitución se señalaron es muy similar. Es importante destacar que esta información se recogía, salvo alguna excepción, de forma conjunta, siendo más frecuente en las primeras dos décadas y desapareciendo casi por completo a partir de 1924, año en el que José Salas y Vaca abandonó la institución (figura 3).

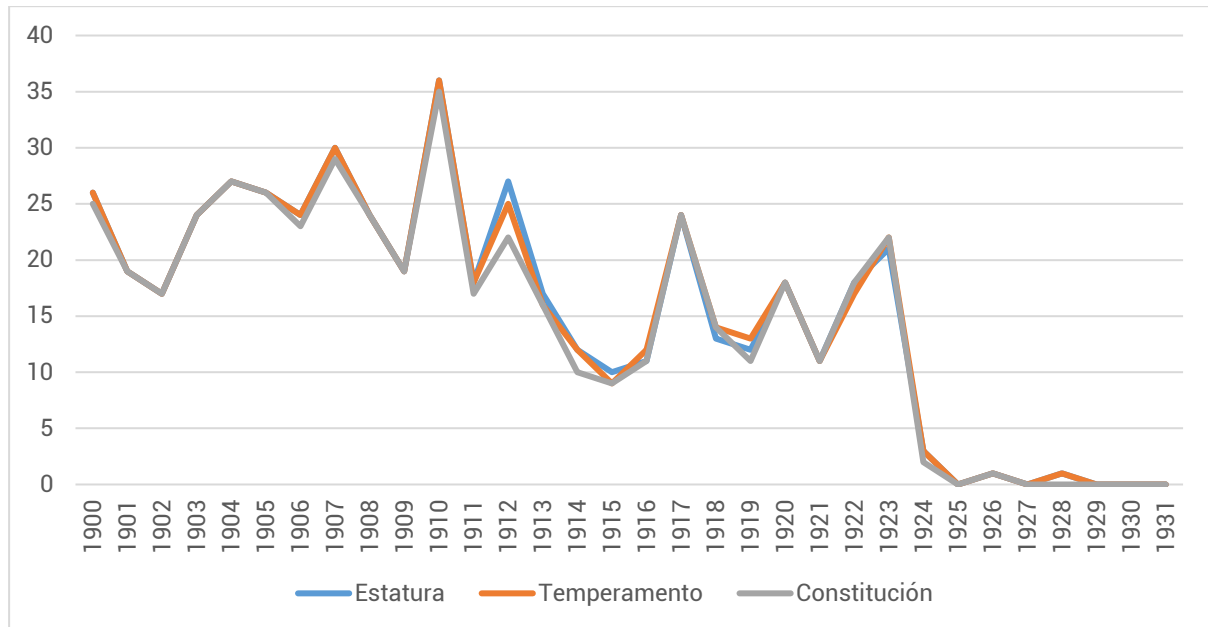


Figura 3. Evolución del registro de la estatura, temperamento y constitución en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1900-1931)

El resto de la "Hoja de entrada y vicisitudes" lo conformaba el "Extracto de su historia clínica y vicisitudes generales", donde los facultativos del Manicomio anotaban los antecedentes personales y familiares, el estado psicopatológico del paciente a su llegada a la institución y los registros evolutivos posteriores que, a continuación, abordaremos. Si bien se escapa del objetivo del trabajo comparar la estructura y contenido de las historias clínicas con las de otras instituciones manicomiales españolas, otros autores también han analizado los

modelos de historia clínica en el Manicomio de Conxo¹²⁶¹, Valencia¹²⁶², Córdoba¹²⁶³ o el de Sant Boi en Llobregat¹²⁶⁴.

Aunque la primera anotación sobre el estado clínico de los enfermos solía contener más detalles, entre los que se citaban los antecedentes, la historia de desarrollo de su patología mental y la situación clínica en el momento del ingreso, los siguientes registros del estado mental de los pacientes se caracterizan por ser muy poco frecuentes y escuetos¹²⁶⁵. En nuestro periodo de estudio, como se ha comentado, el número medio de registros evolutivos fue de 6.26 (DE 6,07), muy bajo si se tiene en cuenta que el internamiento duraba unos 8 años como media. Era frecuente, al igual que en periodos posteriores¹²⁶⁶, que los médicos anotaran tan solo para señalar la ausencia de cambios psicopatológicos y para notificar, con una breve nota, el alta del paciente.

En relación a los antecedentes personales y familiares, solo se señaló su presencia o ausencia en el 28,5% y el 34,5% respectivamente¹²⁶⁷. Estos registros solían contener información relativa a la historia vital del paciente y el desarrollo de la enfermedad de manera genérica, siendo las descripciones psicopatológicas, por lo general, bastante escuetas. Se advierten, sin embargo, diferencias en el modo en que los distintos facultativos de la institución realizaban estas anotaciones, siendo éstas más detalladas y minuciosas cuando eran elaboradas por Aurelio Mendiguchía o Ignacio del Mazo. Por el contrario, José Salas y Vaca, si bien anotaba el estado clínico de los pacientes con mucha asiduidad, lo que lleva a pensar en una práctica clínica cotidiana, realizaba unos registros evolutivos más bien generales, sin detallar alteraciones psicopatológicas más concretas.

¹²⁶¹ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998). Historia del Manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). *Siso Saude*, 31, 17–30.

¹²⁶² En el establecimiento valenciano la historia recogía datos como el nombre, estado civil, edad, naturaleza, profesión y fecha de ingreso. Así mismo había un apartado destinado a los antecedentes personales, familiares, sociales, diagnóstico de observación, diagnóstico de evolución, fecha de alta, fecha de licencia y fecha de defunción. En el primer tercio del siglo XX, las historias estaban muy pobremente cumplimentadas de manera que el 7% no tenían ningún apartado escrito, el 26% sólo el diagnóstico, el 56% no tenían cumplimentado ningún antecedente y el 38% ningún síntoma. Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia, p. 425.

¹²⁶³ Ruiz García, C. (2011). El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo 1900-1940. En: O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-235). Madrid: AEN.

¹²⁶⁴ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial científico-médica, pp.186-187.

¹²⁶⁵ Aunque no hemos podido realizar un análisis detallado de la fecha en la que los clínicos anotaban por primera vez en la historia clínica desde el momento en que los pacientes ingresaban, debido a que en muchas ocasiones falta ese dato, hemos constatado que, con relativa frecuencia, el registro del estado clínico del paciente en la historia se realizaba varios días después de ingresar, circunstancia que también se ha observado en la posguerra. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.83. Incluso hemos registrado casos en los que se anotaba al término del periodo de observación. Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁶⁶ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.82. Durante la guerra civil, los registros evolutivos quedaron limitados, a menudo, a una descripción poco rigurosa el día del ingreso y una breve nota de alta. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.151.

¹²⁶⁷ En épocas posteriores como la posguerra, siendo Manuel Peraíta el director facultativo, la recogida de estos datos se hizo de forma más minuciosa. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.83.

A modo de ejemplo, transcribimos a continuación dos registros de entrada anotados por José Salas y Vaca y Aurelio Mendiguchía Carriche respectivamente. El primero corresponde a un varón de 27 años de edad, ingresado el 4 de abril de 1919 y diagnosticado de "síndrome degenerativo, dromomanía impulsiva". A su llegada Salas y Vaca redactaba:

"Por los antecedentes que suministra la familia, fundados en juicios médicos de Profesores que vieron al sujeto a que se refiere esta hoja clínica, se estimó como posible dentro de la constitución morbosa que sufre la existencia de un síndrome impulsivo de fondo degenerativo.

Confesadas sus rebeldías en el ambiente familiar explicadas por el asilado como proceder defensivo a la dureza imperativa del padre, comienza la observación dentro del establecimiento y cuidadosamente sometido a la vigilancia y estudio facultativo, no se ha podido apreciar ninguna protesta que suponga pugna ni rebeldía a los preceptos reglamentarios, acatados fielmente por este sujeto que pone su voluntad consciente al servicio de la obediencia, mostrándose en todo caso fiel cumplidor y de perfecta conducta moral como síntesis objetiva de una mentalidad normal, al menos dentro del establecimiento.

Por estas circunstancias, avanzado el término de su observación, se notifica a la familia lo improcedente de continuar su reclusión (...)"¹²⁶⁸.

La siguiente nota clínica fue realizada por Aurelio Mendiguchía en el momento del ingreso, el 6 de abril de 1927, de un varón de 31 años de edad diagnosticado de parálisis general progresiva.

"Antecedentes hereditarios: No tiene.

Antecedentes personales: Parto normal, enfermedades propias de la infancia sin dejar alteraciones en su estado mental que fue evolucionando normalmente (...).

Hace aproximadamente unos ocho años fue contagiado de Sífilis que fue tratada infructuosamente que, según lo que manifiesta e enfermo, se limitó a la cura local de los Chancros que tenía.

Sus primeros síntomas mentales psicológicos se caracterizaron por un insomnio pertinaz, irritabilidad de carácter (...). Tales alteraciones dieron lugar a ser trasladado a la Sala de observación de dementes del Hospital General. De los análisis allí practicados resultó padeció un proceso demencial sífilítico que fue tratado con las inyecciones de Malaria que produjeron en el enfermo reacciones febriles que llegaron en alguna de ellas a 41°. No se observó una remisión franca ni siquiera una mejoría de su estado mental por lo que fue trasladado a este manicomio.

Examen somático: Actitud tranquila, contento de su modo de vivir. (...). Reflejo rotuliano por igual en ambas extremidades inferiores. No tiene temblor de lengua y manos. Disatría iniciada. Nada anormal se desprende del examen de los demás órganos y aparatos

Examen psíquico: Atención inestable, memoria de fijación muy debilitada, mejor conservada la de ejecución; desorientación alopsíquica y autopsíquica, asociación ideativa bastante conservada, juicio muy debilitado, delirios sin sistematización

¹²⁶⁸ Historia clínica XX-573. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

con tendencia a la megalomanía; perversión de la afectividad con indiferencia emocional, ligera incoherencia”¹²⁶⁹.

La exploración terminaba con un examen grafológico de la escritura del paciente, para lo que se le pidió al interno que escribiera unas frases sobre el papel de su propia historia clínica.

En 291 historias clínicas (27,9%) hemos hallado una fotografía del paciente¹²⁷⁰, grapada o pegada en la primera carilla de la “Hoja de entrada y vicisitudes”, generalmente anexa a la nota facultativa de entrada. Es muy probable que comenzaran a añadirse a principios de siglo, ya que éstas existen en pacientes dados de alta partir de noviembre de 1901. Estos retratos se anexaban a la historia a pesar de que no se especificaba en el reglamento de la institución. De hecho, en abril de 1907, tras la fuga de un paciente que había ingresado un año antes por alcoholismo crónico, el Juez solicitó al personal del Manicomio una foto del mismo y se le comunicó que carecían de ella, aclarando que no estaban obligados por el Reglamento¹²⁷¹. La utilización de fotografías de pacientes en las historias clínicas fue una práctica frecuente en las instituciones psiquiátricas a partir del siglo XIX y, en España, está documentada en el Manicomio de Valencia¹²⁷² o el de Córdoba¹²⁷³.

La utilización de fotografías de los pacientes adjuntas a las historias mostró una evolución al alza (figura 4), especialmente a partir de 1915, pasando de encontrarse en menos del 10% hasta porcentajes mayores del 50% de las historias con un máximo del 73% en el año 1925.

¹²⁶⁹ Historia clínica XX-820. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁷⁰ Hugo Welch Diamond (1809-1886) ha sido considerado el padre de la fotografía psiquiátrica tras fotografiar a sus pacientes del *Surrey County Asylum*. En 1856 impartió una conferencia en la *Royal Society* sobre la utilidad de la fotografía en relación al tratamiento de los enfermos mentales como el registro del aspecto del enfermo con intención clasificatoria en consonancia con las teorías fisiognomónicas de la locura, como un medio de identificación y recuerdo del asilado en caso de reingreso o incluso para presentárselas a los propios pacientes los cuales podrían recibir una auto-imagen precisa, lo que ayudaría al tratamiento. Véase: <http://www.psiquifotos.com/2008/08/si-empezamos-por-el-principio-y-sin-que.html> [consultado el 24 de mayo de 2016], Martínez Azumendi, O. (2008). Fotografía y psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8(1), 63-75; Martínez Azumendi, O. y Serrulla Vangeneberg, L. (2008). Siglo y medio de psiquiatría a través de la fotografía italiana. *Frenia*, 8, 183-206; Buda, O. (2010). The face of madness in Romania: the origin of psychiatric photography in Eastern Europe. *History of Psychiatry*, 21, 278-293 y Esman, A. H. (1984). Henri Dagonet. Pioneer of psychiatric photography. *New York State Journal of Medicine*, 84(2), 79-81.

¹²⁷¹ Historia clínica XX-170. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁷² Heimann, C. (2006), p.424.

¹²⁷³ Ruiz García, C. (2011), p. 229.

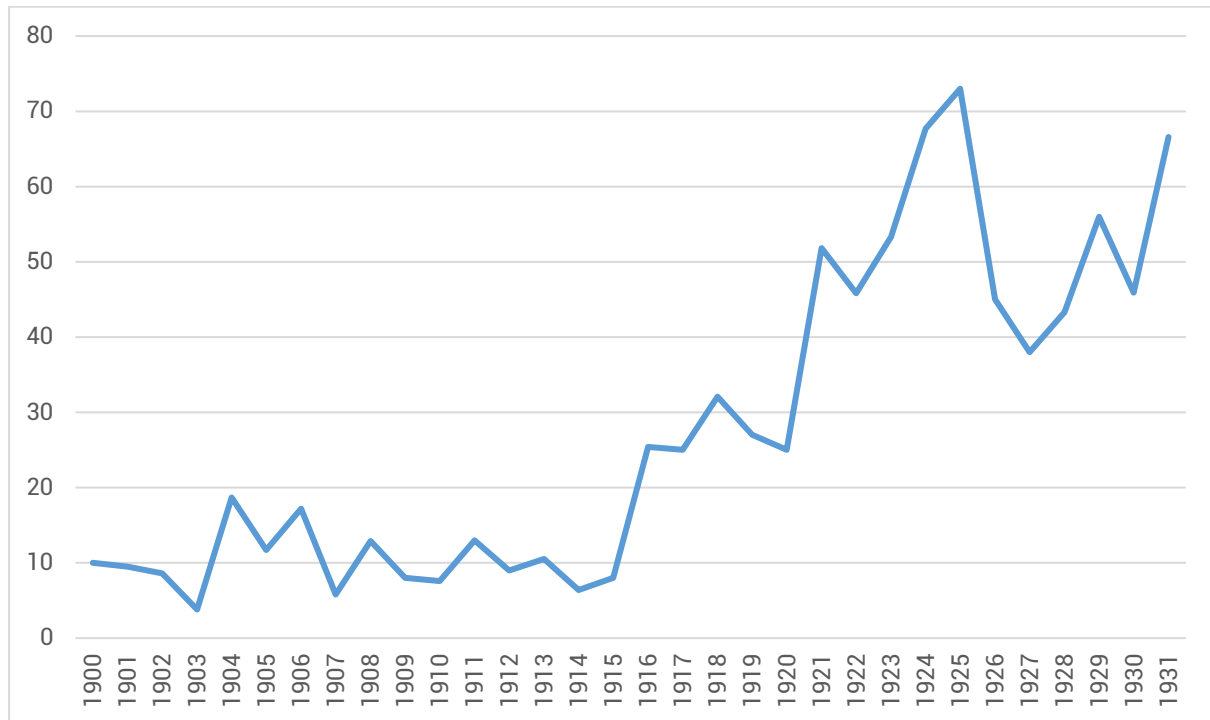


Figura 4. Evolución de la presencia de fotografía adjunta a la historia del paciente en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

En la "Hoja de entrada y vicisitudes" se destinaba un espacio para señalar la persona o entidad que solicitaba el ingreso del paciente, dato que está registrado en 888 de los 1041 ingresos (85,3%). El 92% los internamientos se realizaban a petición de la familia de los pacientes¹²⁷⁴. Sin embargo, en el 8% restante se han encontrado órdenes de ingreso a solicitud de Superiores o Superiores de congregaciones religiosas, autoridades militares, del "tutor" del paciente, Juez, Dirección general de Prisiones, de "encargados" y otros como la Secretaria del congreso, un "procurador", un "criado", el "Ministro de los Países Bajos" o el propio paciente (figura 5).

¹²⁷⁴ Esta circunstancia también se objetivó en instituciones europeas y centroamericanas, como hemos señalado en el capítulo II y III de este trabajo.

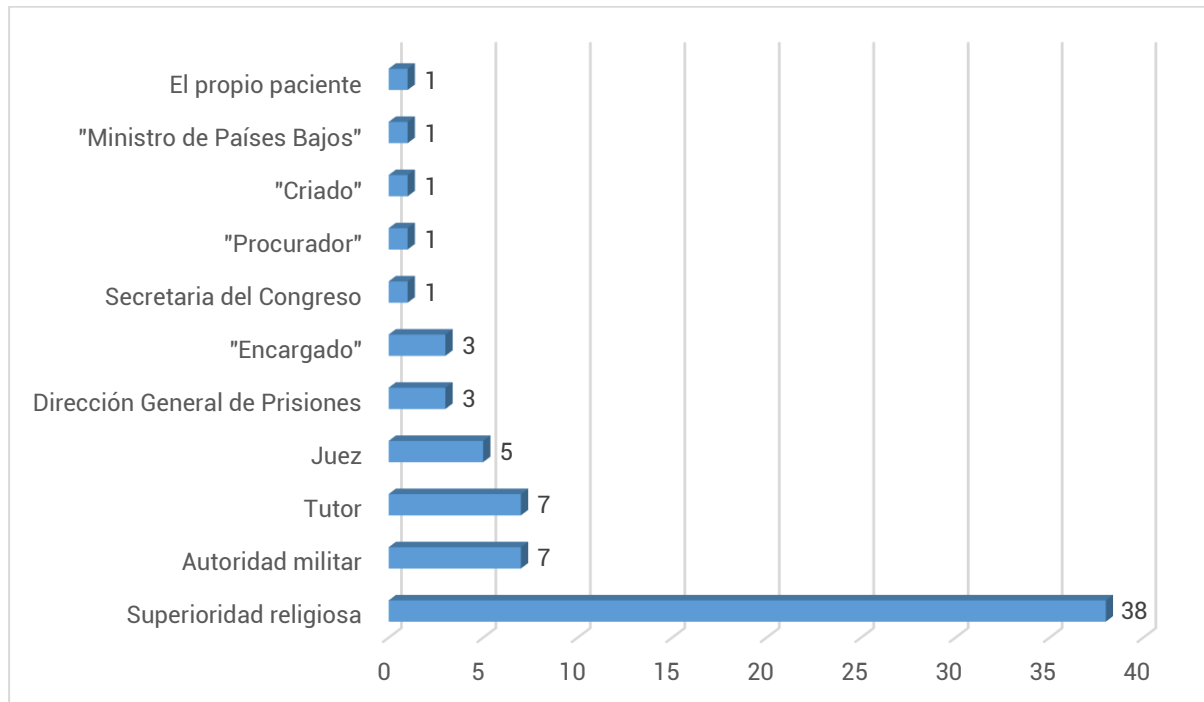


Figura 5. Frecuencia de otros solicitantes de ingreso de pacientes en el Manicomio de Leganés, excluida la familia (1900-1931). N=1041

En la decisión del internamiento destacan figuras como las Superiores o Superiores de congregaciones religiosas, que solicitaron el ingreso de 38 asilados, todos ellos sacerdotes o religiosas. Esta preeminencia se pone de manifiesto en el caso de una religiosa megalomaniaca que ingresó el 1 de octubre de 1917 a instancias de su Superiora. En su historia clínica se ha registrado una nota anexa a la "Hoja de entrada y de vicisitudes", cuyo autor desconocemos al no estar firmada, en la que se puede leer lo siguiente:

"Nota. La enferma (...) tiene una hermana en Madrid, casada con (...) del comercio que vive en (...). Esta señora vino a ver a la enferma con su marido y parece que se hallaba disgustada por haber traído a su hermana al Manicomio sin haber dicho antes la Superiora de la Comunidad esta solución a la familia, y preguntando si habría inconveniente en que ella se la llevara a su casa (ojo). Esto no puede hacerse sin oír antes a la Superiora de las Siervas de San José que es a la que se ha concedido por la Dirección General la orden de ingreso de esta enferma en el Manicomio"¹²⁷⁵.

A pesar de los deseos de su hermana, la paciente permaneció en el Manicomio hasta su fallecimiento por septicemia en 1951.

Así mismo, hemos encontrado la historia de una profesora, natural de Holanda, que fue internada el 5 de mayo de 1916, a petición del propio Ministro de su país, con el diagnóstico

¹²⁷⁵ Historia clínica XX-525. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

de delirios de persecución. La paciente tan sólo estuvo hospitalizada dos meses y el alta se produjo también a instancias del Ministerio¹²⁷⁶.

Probablemente uno de los datos más curiosos es el ingreso de un varón por propia voluntad, en el año 1907, diagnosticado de locura pelagrosa¹²⁷⁷, a pesar de que estos internamientos “voluntarios” no se regularizaron hasta el Decreto de asistencia a los alienados de 1931¹²⁷⁸.

“Hoja de observaciones clínicas” y Hoja con datos de filiación

El 16,4% de las historias clínicas disponían de un documento en el que se recogían datos sociodemográficos y clínicos que ya figuraban, en la mayoría de los casos, en la “Hoja de entrada y vicisitudes”, como el lugar de nacimiento, la profesión, el estado civil, la fecha de ingreso en el Manicomio de Leganés, los antecedentes personales, familiares y el diagnóstico (figura 6). Ese documento, que tenía un espacio reservado para las “observaciones clínicas” donde los facultativos apuntaban cuestiones relativas a la enfermedad de los asilados, en ocasiones se ha encontrado por duplicado, si bien con datos correspondientes a momentos diferentes de los internados en la institución. No ha sido posible aclarar la fecha en la que muchas de estas fichas fueron cumplimentadas ya que no se databan de forma sistemática, si bien, es muy probable que se completaran pasado un tiempo del ingreso debido a que, en muchas ocasiones, los diagnósticos que figuraban en las mismas no coincidían con el atribuido a los pacientes a su llegada al establecimiento

¹²⁷⁶ Historia clínica XX-459. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁷⁷ Historia clínica XX-211. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁷⁸ Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. *Gaceta de Madrid*, 188(7 de julio de 1931), pp. 186 -189.

MANICOMIO DE SANTA ISABEL

Núm. _____ De 37 años, natural de Vallerololol
 , de profesión taquígrafo , de estado soltero
 ingresó en 18 de Julio de 1921, de edad 36 años

Antecedentes familiares: _____

Antecedentes personales: _____

Diagnóstico Epilepsia menor y priapismo crónico
Observaciones clínicas.
Antecedente de degeneración mental
causada de error periodica de coherencia
ta con convulsiones, algunas ideas fijas
delirantes, polimorfos, a veces
actualmente se advierte delirio
progresivo permanente
19-6-1922

Figura 6. "Hoja de observaciones clínicas". Fuente: Historia clínica XX-652. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Por otra parte, en el 22,6% de los ingresos hemos registrado un documento, probablemente cumplimentado por el personal encargado de los cuidados de los pacientes, en concreto por los celadores, que contenía datos de filiación de los internos-nombre, edad, lugar de residencia...etc.-(figura 7). Por lo general, eran cuartillas de papel, en su mayoría, sin membrete oficial del Manicomio, en las que se anotaban de forma poco sistematizada esta información, si bien, en alguna historia hemos encontrado un modelo más detallado de este documento suscrito por el celador y dirigido al administrador del establecimiento, en el que se apuntaban datos del paciente como la edad y fecha de ingreso, estado civil, profesión, procedencia, ciudad de nacimiento y lugar de residencia¹²⁷⁹.

¹²⁷⁹ Es el caso de la historia clínica XX-629. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

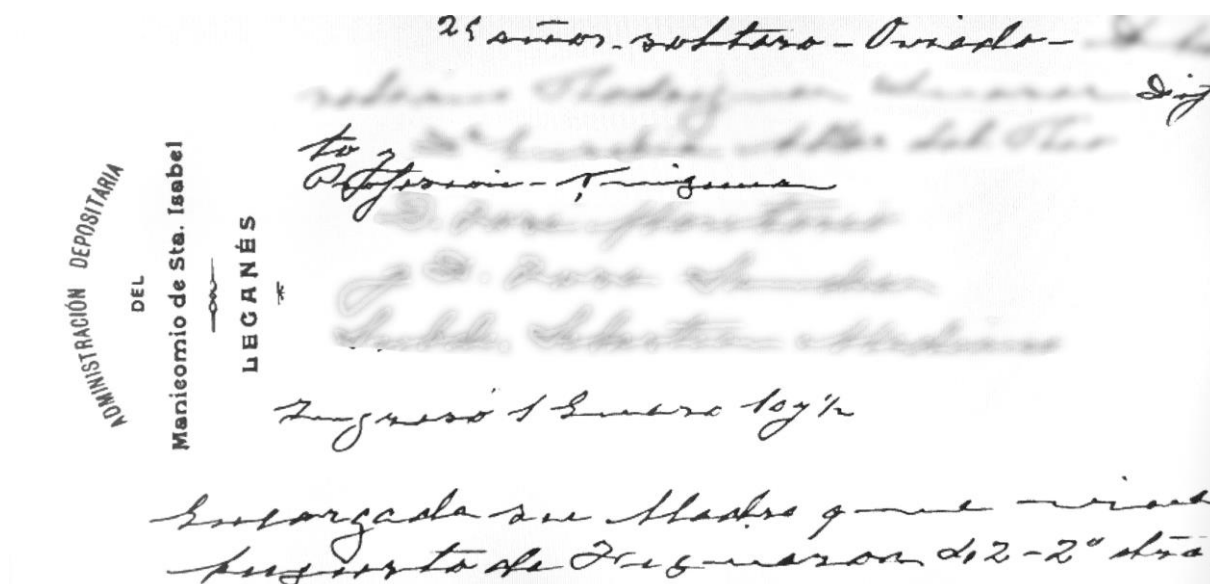


Figura 7. Hoja con datos de filiación. Fuente: Historia clínica XX-252. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Documentos personales: la correspondencia con los familiares

Además de las cartas y narraciones escritas por los propios pacientes registradas en el 2,9% de las historias clínicas, cuyo contenido ya hemos analizado en el capítulo III, en 62 casos (5,9%) se recogen textos redactados por personas ajenas a la institución, también archivadas en las historias clínicas. La mayoría fueron escritos por familiares de los pacientes, si bien también se encuentran epístolas de amigos, Superiores de congregaciones religiosas, del Jefe de las oficinas de la Asociación de Artistas Dramáticas y Líricas¹²⁸⁰ o de un abogado. Este último, solicitó a los responsables de la institución que se retirara la denuncia por impago de la cuota correspondiente, interpuesta a los familiares de un demente precoz, ingresado desde 1909 en pensionista¹²⁸¹.

Entre estos manuscritos, tan sólo tres corresponden a cartas que los familiares o allegados dirigieron a los pacientes¹²⁸². Una de ellas destaca porque el remitente era el padre de un enfermo diagnosticado de "degeneración mental", quien a su vez, se encontraba ingresado en el Manicomio de Ciempozuelos¹²⁸³.

A modo de ejemplo transcribimos la epístola que dirigió la esposa a un paciente internado en beneficencia, desde diciembre de 1903:

¹²⁸⁰ Historia clínica XX-183. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁸¹ Historia clínica XX-253. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁸² Historias clínicas XX-97, XX-397 y XX-725. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁸³ Historia clínica XX-397. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

"Almodóvar del Campo

17 de octubre de 1904

Querido esposo:

*Recibí la tuya y enterada de lo que me manifiestas adjunto te remito 15 pesetas según me decías en la tuya. E (sic) creído más conveniente remitirte las 15 pesetas por ser más cómodo y nos alegramos mucho de que estés bueno y recuerdos de mis padres"*¹²⁸⁴.

Este varón, diagnosticado de "locura intermitente", fue dado de alta "curado" cuatro días después de que su mujer redactara esta carta y, como ya se ha comentado en el capítulo III, cuando llegó a su pueblo natal, escribió al administrador del establecimiento para agradecerle el trato recibido.

En la historia clínica de un varón, diagnosticado de "psicosis razonadora degenerativa (locura moral)", hemos encontrado también varias misivas dirigidas al paciente, escritas incluso antes de su internamiento en el Manicomio, el 27 de junio de 1924, que la madre aportó como ejemplo del estado patológico del asilado.

"Escríbeme. Señas Embajada de España. Bruselas (Bélgica)

Querido N: ¿pero qué demonios te pasa? Como no tienes sentido común, escamadísimo (sic) yo y con miedo de que haya pasado algo vuelvo a escribirte. Supongo que no será una explosión de dignidad ofendido por mis consejos. Pero si así es te los reitero; que sepas que no le hagas rabiar que al fin y al cabo los consejos que te da lo hace por tu bien. ¡Ojalá viviese mamá y pudiese dármelos! Además eres el hombre de la familia y tienes el deber (No dirás que el sermón no es serio). No olvides a los amigos que te quieren y ya sabes que yo soy un amigo de verdad sin tonterías (...). Escríbeme para saber de ti y que haces este verano y que planes tienes. Un abrazo de tu amigo"

*"Querido N: Te asombrarás de saberme aquí. Me vine a reponer y lo paso al pelo pero tengo que volverme ahí porque aquí no trabajo nada. Supongo serás formalito y buen chico. No hagas rabiar a tu pobre madre ni tomes porquerías. Mira que al fin y al cabo ella lo hace por tu bien. Cuando te vea te contaré horrores de aquí que te curarán. Perdona la lata de un casí viejo amigo. Llego ahí el jueves en el (...) exprés. Telefonéame por la tarde y cenaremos juntos y te llevaré un recuerdo. (...) te quiere tu buen amigo"*¹²⁸⁵.

El paciente, ingresado a instancias de su madre, a la que dirigió varias cartas desde el establecimiento, permaneció institucionalizado, salvo una fuga, hasta abril de 1925, momento en que fue dado de alta por no regresar de una licencia que se le había concedido en enero de ese mismo año.

¹²⁸⁴ Historia clínica XX-97. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁸⁵ Historia clínica XX-725. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Las cartas que se reproducen no están fechadas.

Desconocemos si estas cartas llegaron a ser leídas por los enfermos, aunque es probable que, al igual que ocurría con la correspondencia redactada por los propios internos¹²⁸⁶, estuvieran supervisadas y controladas por el personal encargado de su custodia y cuidados. De hecho, el control de las cartas estaba recogido como una función del personal de enfermería y se ha documentado en otras instituciones como el Hospital de Toronto (Canadá)¹²⁸⁷. Además de esta pequeña muestra de correspondencia con los pacientes, hemos registrado, igual que ocurrió en otros establecimientos tanto españoles, como el Manicomio de Sant Boi¹²⁸⁸, como extranjeros¹²⁸⁹, la relación epistolar entre los familiares de los asilados y el personal de la institución.

Las cartas recibidas en el Manicomio estaban dirigidas tanto al administrador depositario como a los facultativos, especialmente a José Salas y Vaca, si bien también hay misivas para Ignacio del Mazo, Aurelio Mendiguchía y Antonio Martín-Vegué. La temática de esta correspondencia se centra, principalmente, en asuntos relacionados con la historia biográfica y patográfica de los albergados o cuestiones administrativas vinculadas al ingreso, estado clínico o alta de los pacientes. Destacan por su frecuencia -registrados en 30 historias clínicas-, la presencia de manuscritos, por lo general muy extensos, que describían detalladamente la vida de los pacientes haciendo especial hincapié en el desarrollo de la enfermedad. Sin duda, en el momento del ingreso, los facultativos solicitaban a los familiares información de los pacientes por escrito, tal y como se puede extraer del contenido de varias misivas en las que éstos aluden a dicha petición¹²⁹⁰.

Además de estos relatos, los familiares escribían al personal de la institución por motivos muy variados, entre los que cabe señalar la solicitud de información acerca del estado de salud de los pacientes o el requerimiento del alta hospitalaria. También se comunicaban para pedir certificados facultativos, explicar los motivos por los que no podían pagar la cuota asignada por el ingreso en pensionista, mostrar el desacuerdo por las decisiones clínicas tomadas sobre los pacientes, gestionar la salida temporal o solicitar la incapacidad de éstos.

¹²⁸⁶ La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), pp.8-9.

¹²⁸⁷ Reaume, G. (2000). *Remembrance of the patients past. Patient life at the Toronto Hospital for the insane*. Ontario: Oxford University Press, p.89.

¹²⁸⁸ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.141-149. En este trabajo, el autor reproduce varios fragmentos de cartas escritas por familiares de pacientes ingresados en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat.

¹²⁸⁹ Reaume, G. (2000), pp.188-191.

¹²⁹⁰ Historias clínicas XX-235 y XX-819. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

A continuación, a modo de ejemplo, transcribimos la misiva que el hermano de un agente de seguridad, ingresado desde agosto de 1916 por un "síndrome delirante expansivo absurdo de fondo paralítico", dirigió a José Salas y Vaca en mayo de 1917.

"Águilas 27-5-917

Sr. Dr. Don José de Salas. Madrid

Mi respetable Sr. y distinguido amigo.

Tengo a la vista su atenta que ayer recibí y agradeciendo en el alma cuanto por el asunto de mi desgraciado hermano F. se interesa, paso a contestarle después de haberme hecho cargo de su contenido.

Desde la entrevista que tuve el honor de tener con V, en su huerta de Montilla había sacado la triste impresión de que la enfermedad mental de mi pobre hermano era incurable. Su carta me ha confirmado en aquella apreciación y me ha hecho comprender que, (...) en el caso de proceder al cumplimiento de las disposiciones reglamentarias por que se rige ese establecimiento de su digna dirección y que no habiendo mejorado nada su estado hay que entablar los trámites legales para proceder a su incapacidad y definitiva reclusión.

Bien quisiera aprovecharme del generoso ofrecimiento (...) de poder tener aquí los sueros de que me habla, a mi hermano y atender a su salud y necesidades en la forma que el caso reclama; pero con todo el sentimiento de mi alma, tanto por mis condiciones económicas cuanto por las especiales que me rodean me veo obligada a confesarle (...) mi imposibilidad para ello. De mi situación económica y de la de esta casa procede informarle con detalles mi pariente R. (...) a más de que tampoco desconoce estas cosas mi cuñada, tanto por lo que ha podido ver cuántas veces ha estado aquí, cuanto por el conocimiento que tiene (porque así se lo he hecho saber) de la realidad económica nuestra. Yo mi respetable Don José, no tengo más medios de que disponer que los que me proporciona el ejercicio de mi modesto cargo de (...), y con ellos llevo ya cerca de 20 años (...) haciendo frente a las mil necesidades de mi familia, necesidades aumentadas por continuas enfermedades y desgracias. Con esto podrá V. formarse idea de mi verdadera situación. Las condiciones particulares de esta casa tampoco sirven de abono para lo que quisiera. Yo no puedo disponer de persona que esté al cuidado y vigilancia inmediata de mi hermano por lo que antes digo y por otra parte no sé qué consecuencias podría acarrear cualquier acceso suyo para mi madre, ya muy anciana, muy falta de salud y padeciendo entre otras una enfermedad cardíaca. Y por añadidura casi ciega e inútil. Como para atender a las obligaciones de mi cargo tengo necesariamente que pasar la mayor parte del día fuera de casa, no podría estar al lado del enfermo para cuidarle y asistirle en cuanto necesitara. Por todas estas razones y supuesta la otra fundamental que me comunica de que su estado mental no mejora, creo y opino que pudiera desistirse de sacarlo del manicomio donde tiene asistencia y cuidados que no podría tener fuera del mismo. Me duele y apena mucho tener que verme en la necesidad de actuar de esta manera pero ¿qué se hace cuando no se puede otra cosa?

Dispénseme y permita me tome la libertad de suplicarle siga obrando tan generosa y caritativamente como hasta aquí en esta desgracia. Dios se lo pagará con creces y nosotros le viviremos siempre agradecidos.

Queda a su disposición (...)"²⁹¹.

²⁹¹ Historia clínica XX-472. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

De estas palabras se desprende la relación que, al menos en este caso, mantuvo Salas y Vaca con el hermano del paciente, que le visitó en su propia residencia vacacional sita, como hemos aludido, en Montilla (Córdoba). El sifilítico, que fue tratado con mercuriales y realizó varios intentos de suicidio durante su internamiento, permaneció en la institución hasta su fallecimiento por meningoencefalitis en noviembre de 1918.

La reticencia al alta de los pacientes ha sido documentada también en los familiares de otros internos como es el caso del carpintero dipsómano y alcohólico ingresado en mayo de 1900, a instancias de su esposa, para el que Salas y Vaca propuso la salida, pocos meses después de hacerse cargo del Manicomio, en septiembre de 1911. La mujer de este paciente, en completo desacuerdo con la propuesta facultativa, dirigió varias cartas al personal administrativo de la institución negándose al alta de su marido. Entre las misivas destaca, por su contenido amenazante la siguiente nota, recibida el 20 de febrero de 1912, que quedó archivada en la historia clínica del enfermo.

"Sr. Administrador del Manicomio de Leganés

Sr. Admor. Visto el reiterado interés que tanto Vd. Como facultativo de ese establecimiento demuestra por la salida de un alienado de hace más de veinte años se les comunica por medio de este anónimo

PRIMERO. Que tengan más conciencia

SEGUNDO que ejerzan bien su cargo

TERCERO que no se metan en casos y asuntos que absolutamente nada les incumbe y que por el contrario puede con sus deseos y manifestaciones ociosas acarrearle algún disgusto.

El Juzgado es muy posible que entre otras varias cosas de que ya tiene noticias por existir en esto como Vd. Sabe una mano oculta que ya se conoce así como el relato inserto en un número de un periódico de esta localidad con manifestaciones engañosas y desvirtuadas de toda certidumbre.

NADA MÁS POR HOY PARA QUE LE SIRVA DE AVISO"¹²⁹².

Finalmente, el paciente pasó a reclusión definitiva doce años después de su llegada al establecimiento, donde permaneció hasta su fallecimiento en 1921.

La resistencia de la familia ante la eventual salida de los asilados se ha registrado también en otros establecimientos psiquiátricos como el Manicomio de Sant Boi en Llobregat. En el trabajo de Antón Fructuoso se reproducen varias misivas de familiares negándose a la

¹²⁹² Historia clínica XX-11. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En la historia clínica se conserva un recorte de periódico con la noticia publicada por el *Heraldo de Madrid* el 18 de febrero de 1912 en el que el reportero argumenta que el paciente "*no estaba loco*" sino afecto de alcoholismo, según los médicos del propio Manicomio Nacional. También se responsabiliza a su mujer de la tramitación judicial de la "incapacidad" en base a un certificado expedido por Ramón Ezquerro.

propuesta de alta de los asilados, una de ellas similar a la nota recién transcrita, con argumentos amenazantes, aludiendo a la responsabilidad de la institución ante las posibles consecuencias que la salida del enfermo pudiera acarrear¹²⁹³.

En la correspondencia del personal del Manicomio con los familiares también hemos registrado los borradores de varias cartas redactadas por los facultativos en las que exponían cuestiones relativas al estado de los pacientes y trámites administrativos, como la concesión de permisos de salida temporal o del alta de la institución¹²⁹⁴. Conviene señalar que, en el caso de los pacientes pensionistas, el Reglamento Orgánico del Manicomio de Leganés disponía que los facultativos pasaran mensualmente la información sobre su estado clínico al administrador para que éste se lo comunicara a las familias¹²⁹⁵. Si bien no pensamos que el envío de estos partes mensuales se hiciera de forma generalizada, sí se realizaba en ocasiones, tal y como se extrae del contenido de dos cartas redactadas por la madre y el padre de dos pacientes varones e ingresados en pensionistas de segunda clase, diagnosticados de delirios de persecución y demencia precoz constitucional, respectivamente¹²⁹⁶.

La relación epistolar con los familiares de los pacientes se ha documentado también en épocas posteriores del Manicomio de Leganés. De hecho, durante la contienda civil se recibieron numerosas cartas de familiares en busca de información tras meses de incomunicación o para intentar normalizar el pago de cuotas por el internamiento¹²⁹⁷. Así mismo, en la posguerra, se enviaron misivas desde la jefatura facultativa a los responsables de los pacientes, bien para solicitar información sobre antecedentes personales y familiares, o bien para informarles y solicitar su conformidad previa a la realización de leucotomías¹²⁹⁸.

La variabilidad temporal en las historias clínicas

Las historias clínicas incluían una amplia variedad de documentos, ya señalados en las tablas 1-3. Junto a aquellos relacionados con los trámites de la admisión, documentación clínica o los documentos sobre cambios administrativos durante la hospitalización, hemos hallado también historiales clínicos previos de pacientes ingresados en otras instituciones e

¹²⁹³ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.142-143.

¹²⁹⁴ Historias clínicas XX-11, XX-461 y XX-750. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁹⁵ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 13, 3º.

¹²⁹⁶ Historias clínicas XX-521 y XX-603. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹²⁹⁷ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.136.

¹²⁹⁸ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.83 y 228.

incluso, recortes de periódicos o de páginas de libros en los que se daba información sobre el paciente en cuestión¹²⁹⁹. Tal es el caso del escritor que ingresó en el Manicomio el 17 de octubre de 1916, a los 34 años de edad, por parálisis general progresiva y delirios de grandeza. La historia clínica de este paralítico incluía unas páginas del periódico *Era Nueva* con un amplio reportaje biográfico dedicado al propio paciente, en el que se detallaba su experiencia en la redacción de periódicos de la época como la *Revista Escolar de Madrid* o *El País*. Según la citada crónica era el secretario particular del novelista Benito Pérez Galdós a quien había auxiliado en la redacción de sus *Episodios Nacionales*¹³⁰⁰.

En este apartado nos proponemos estudiar la distribución temporal que siguieron los diferentes documentos de las historias clínicas. Dada su alta variabilidad, para su análisis, hemos seleccionado los más frecuentes entre los que figuran algunos elaborados a la llegada del paciente a la institución como la "Hoja de entrada y de vicisitudes", la Hoja de observaciones clínicas y la Hoja con datos de filiación, documentos para el trámite administrativo de la admisión- Oficio de la Dirección General de la Administración a la Junta de Patronos concediendo plaza y la comunicación del ingreso a la Alcaldía-, y documentos relacionados con aspectos administrativos durante la hospitalización como concesiones de licencias y de prórrogas de dichas licencias, instancias para la devolución de cuotas ya devengadas u oficios para gestionar la reclusión definitiva.

En la figura 8 se puede observar como, por lo general, en el periodo desde 1910 a 1924, y, especialmente los primeros diez años de esta horquilla temporal, abundan los documentos relacionados con los trámites administrativos de admisión de los pacientes. Esta época coincide con la dirección facultativa de Salas y Vaca, aunque desconocemos si su actividad al frente de la institución estuvo directamente relacionada con una mayor sistematización en la labor administrativa y de recogida de datos. Uno de estos documentos, emitido desde el Manicomio para notificar el ingreso del enfermo a la Alcaldía de Leganés, comenzó a registrarse a partir de 1908, año en que se publicó la Real Orden que disponía que se debía

¹²⁹⁹ En la historia clínica XX-381 correspondiente a un comerciante que ingresó en pensionista de segunda clase, en agosto de 1914, diagnosticado de "delirio agitado y confusión mental alucinatoria" se encuentran archivadas dos páginas de un libro titulado *Méjico en Almería, nuestros hombres de espíritu de empresa*, dedicado al propio paciente. Historia clínica XX-381. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁰⁰ Historia clínica XX-482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

informar a las Autoridades Locales o provinciales del ingreso de los asilados¹³⁰¹, desapareciendo casi por completo a partir de 1925¹³⁰².

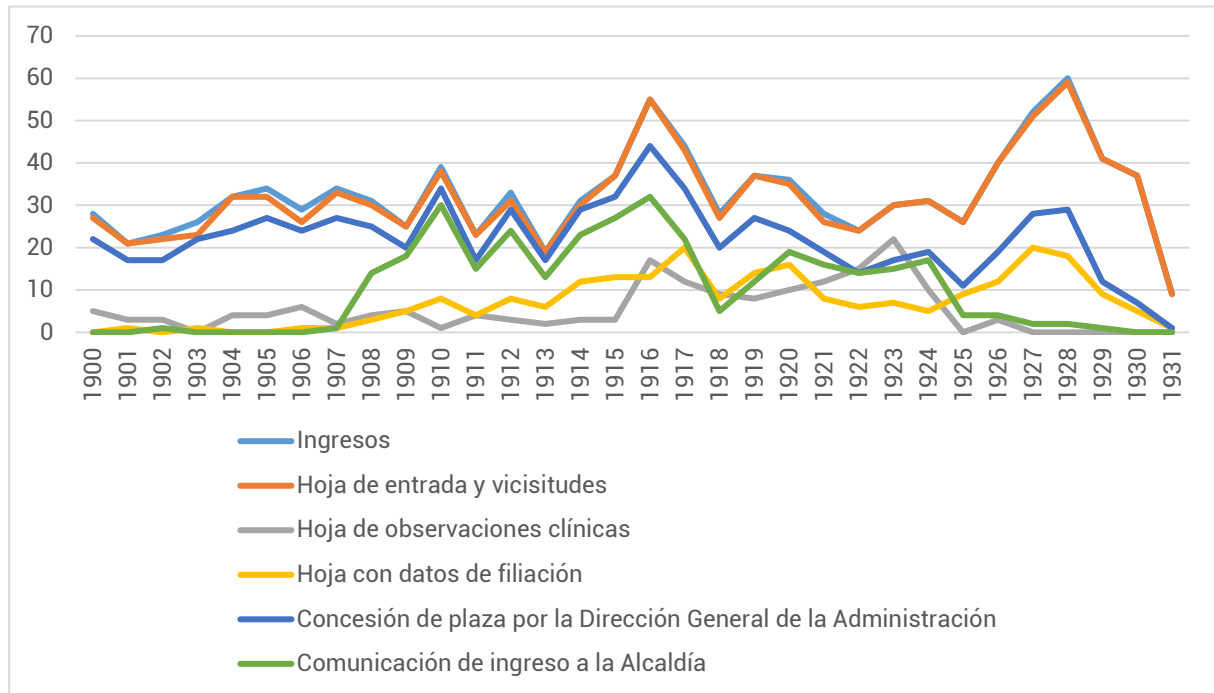


Figura 8. Evolución temporal de los documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)(1)

Vemos como, las líneas correspondientes a los ingresos y a la “Hoja de entrada y de vicisitudes” se solapan en casi toda la serie temporal, mostrando así la constancia en la elaboración de este documento a lo largo de todo el periodo de estudio. El siguiente en frecuencia, es el oficio que desde la Dirección General de la Administración (Sección de Beneficencia) se enviaba a la Junta de Patronos para notificar la adjudicación de una plaza en la institución. Este documento también se archivó con regularidad si bien, a pesar de que los trámites administrativos en la legislación que regulaba los ingresos de los alienados no cambiaron, se observa una disminución en su recogida en la década de los años veinte. La Hoja de observaciones clínicas, generalmente cumplimentada por José Salas y Vaca, se registra con mayor frecuencia en los años que este neuropsiquiatra trabajó en la institución.

¹³⁰¹ Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. *Gaceta de Madrid*, 154 (2 de junio de 1908), p. 1053.

¹³⁰² Si bien se ha registrado la presencia de este documento en las historias clínicas de dos pacientes ingresados en 1902 y 1907, antes de la divulgación de la citada legislación, es importante señalar que se tramitaron con posterioridad a la misma, durante sendos reingresos de ambos asilados. Estos reingresos han sido considerados a efectos del análisis estadístico, tal y como se especificará en el siguiente apartado, como una sola hospitalización debido a que habían transcurrido menos de doce meses desde el alta y la nueva admisión. Historias clínicas XX-66 y XX-216. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

No se objetivan cambios importantes en la distribución temporal del resto de la documentación analizada a lo largo del periodo estudiado que, si bien es menos frecuente, muestra una evolución similar al número de ingresos por año (figura 9).

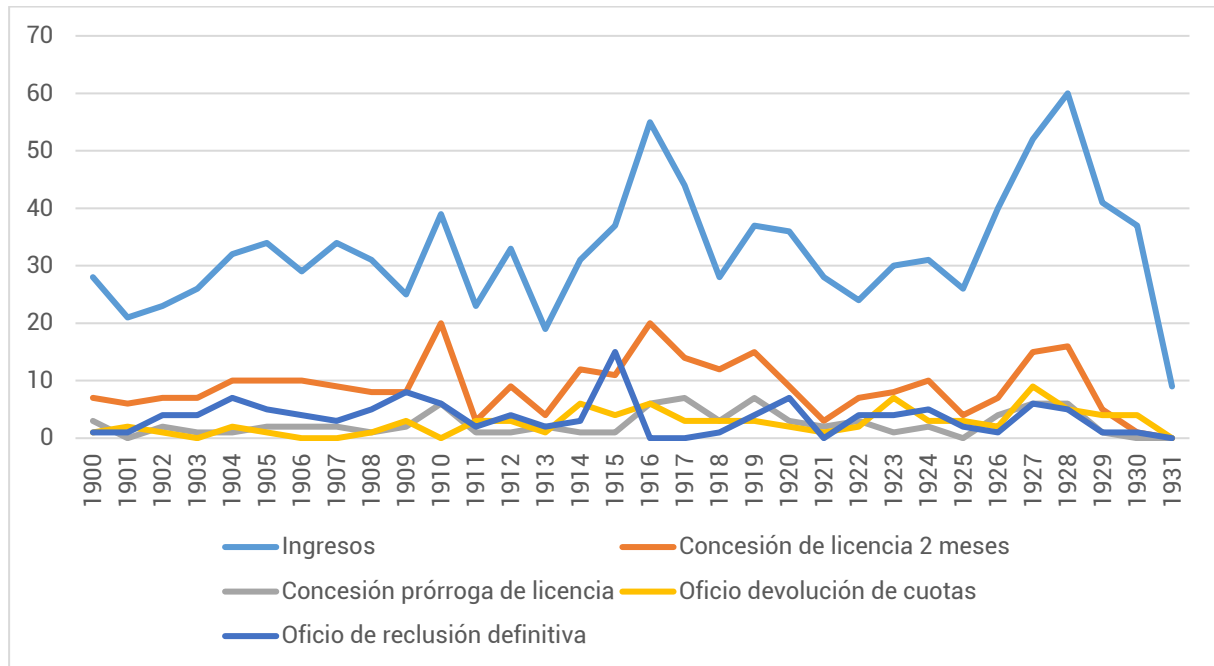


Figura 9. Evolución temporal de los documentos contenidos en las historias clínicas del Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)(2)

LA POBLACIÓN MANICOMIAL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES DE LEGANÉS EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

En el presente apartado pretendemos abordar las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés durante nuestro periodo de estudio, para lo que realizaremos dos tipos de análisis:

Por un lado, se estudiarán los cambios producidos en la población total hospitalizada en la institución entre 1900 y 1931 que incluye, tanto a los pacientes ingresados durante ese periodo, como los admitidos en los años previos y que se mantuvieron institucionalizados en las primeras décadas del siglo XX. Los datos para este análisis se han obtenido de las obras de José Salas y Vaca -*Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*³⁰³ y

³⁰³ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas. En este trabajo podemos consultar una estadística de la población, ingresos, salidas y defunciones en el Manicomio entre los años 1911 y 1929.

*Frenocomios españoles: bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*¹³⁰⁴-, el trabajo elaborado por Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario de la institución en 1896 -*Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*¹³⁰⁵- y el memorial de la vida de Sor Teresa Viver y Candell, del académico de la historia Juan Pérez de Guzmán y Gallo¹³⁰⁶. Así mismo, hemos recabado datos en el Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística¹³⁰⁷ y en el Archivo General de la Administración, donde se conservan unas fichas estadísticas de las variaciones en la población internada, entre enero de 1916 y enero de 1919, que envió el Administrador Depositario del Manicomio a la Dirección General de la Administración¹³⁰⁸. En éstas se puede consultar un registro de la población manicomial, entradas, salidas y fallecimientos divididos por sexo y clasificación administrativa, permitiéndonos estudiar los movimientos poblacionales en función de la categoría de ingreso, aunque sólo en ese breve periodo temporal, cuestión que no podía abordarse a través de las anteriores fuentes citadas en las que solo se clasifica a la población manicomial total por sexo.

Por otro lado, analizaremos el perfil sociodemográfico de todos los pacientes nuevos que ingresaron en el Manicomio en el periodo temporal objeto de estudio. La fuente fundamental para acometer este estudio han sido las historias clínicas, que ascienden a un total de 1003 pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931. En el caso de los reingresados, éstos han sido considerados como un caso nuevo cuando habían transcurrido al menos doce meses fuera del manicomio, lo que ha sucedido en 38 ocasiones¹³⁰⁹. Así, a los 1003 pacientes que fueron hospitalizados en el periodo señalado hay que añadir 38 reingresos (3,7%)¹³¹⁰, considerados como casos nuevos, lo que supone un total de 1041 ingresos.

¹³⁰⁴ Salas y Vaca, J. (1924a). *Frenocomios Españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos. En esta obra, el autor da algunos datos relativos al número total de asilados en la institución en periodos temporales concretos.

¹³⁰⁵ Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial. La memoria elaborada por el que fuera administrador depositario de la institución nos ofrece datos sobre la población total hospitalizada a lo largo del siglo XIX.

¹³⁰⁶ Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Establecimiento tipográfico de Fontanet. Al igual que en las anteriores, en este trabajo, se incluye alguna referencia al total de asilados en Leganés a principios del siglo XX.

¹³⁰⁷ En el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) sólo están disponibles los anuarios estadísticos desde el año 1915, por lo que, para muchas cuestiones, hemos realizado el análisis para el periodo de 1915-1930 al no disponer los datos de años anteriores. Véase: <http://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tnp=25687> [consultado el 26 de mayo de 2016].

¹³⁰⁸ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00029.

¹³⁰⁹ En diez pacientes, el tiempo transcurrido desde la salida de la institución fue inferior al año siendo, por tanto, considerado como el mismo ingreso, dado que solía tratarse de pacientes que no regresaban de una licencia temporal en el momento correspondiente, por lo que se tramitaba el alta administrativa, recuperando su plaza si volvían pronto.

¹³¹⁰ Esta cifra de reingresos es superior a los documentados en la posguerra, periodo en el fueron once, de un total de 615 pacientes nuevos. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.86.

La población manicomial

La población manicomial durante el periodo estudiado fue de 217,33 (DE 35,83) asilados como media anual, con un mínimo de 169 en enero de 1912 y un máximo de 297 en enero de 1931. A lo largo de las primeras décadas del siglo XX sufrió un aumento progresivo, pasando de los 189 pacientes asilados en 1911¹³¹¹, hasta los 297 en 1931¹³¹², incremento que puede observarse en la tabla 4, que reproduce los cambios en la población asilar en el Manicomio de Leganés, entre 1911 y 1930¹³¹³.

Entre la segunda y la tercera década del siglo XX la población manicomial aumentó en casi un centenar de pacientes, 60 de los cuales corresponden al último quinquenio. Esta ocupación, a pesar de superar con creces, a partir de 1917, la máxima de 200 asilados establecida en el Reglamento Orgánico de 1885, se permitió por las ampliaciones realizadas durante la década de los años veinte. Es probable que, a pesar de lo señalado por José Salas y Vaca¹³¹⁴, la capacidad asilar aumentara ya que, acompañando a este crecimiento de plazas, se produjo también un incremento en la plantilla de facultativos que pasó, como se ha señalado, de dos médicos a principios del siglo a un total de cinco antes de la proclamación de la Segunda República.

¹³¹¹ Salas y Vaca, J. (1929), p.38.

¹³¹² Fondo documental del INE. Anuario estadístico del año 1930.

¹³¹³ Los datos para la elaboración de esta tabla y para la figura 10 se han obtenido de Salas y Vaca, J. (1929), p.38, para los años 1911-1914, Fondo documental del INE. Anuarios estadísticos de los años 1915 a 1930 y, el año 1917, que no se encuentra en los anuarios estadísticos del INE, se ha tomado de las fichas estadísticas conservadas en el Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00029. No disponemos de información sobre la población manicomial en la primera década del siglo XX.

¹³¹⁴ José Salas y Vaca apuntaba, a finales de los años veinte, que estas obras habían supuesto más una mejora de las condiciones del asilo que una ampliación de la capacidad del establecimiento. Véase Salas y Vaca, J. (1929), p.20.

Año	Población manicomial	Hombres	Mujeres
1911	189	-	-
1912	169	-	-
1913	182	-	-
1914	176	-	-
1915	176	104	72
1916	184	104	80
1917	209	127	82
1918	209	127	82
1919	206	123	83
1920	205	125	80
1921	212	128	84
1922	212	125	87
1923	215	125	90
1924	221	130	91
1925	223	139	89
1926	226	137	89
1927	238	141	97
1928	253	146	107
1929	279	161	118
1930	283	163	120
1931	297	171	125

Tabla 4. Movimientos en la población asilar en el Manicomio Nacional de Leganés (1911-1931)

En la figura 10 se observa como la población masculina predominó en la institución durante todo el periodo estudiado con una media de 133,8 varones asilados (DE 18,5), siendo la mínima de 104 en 1911 y la máxima de 171 en 1931. Las mujeres tuvieron una ocupación media de 92,7 albergadas (DE 15,55), la cual se mantuvo entre las 72 pacientes que había internadas en 1911 y las 125 de 1931. La diferencia de medias entre los varones y las mujeres es estadísticamente significativa.

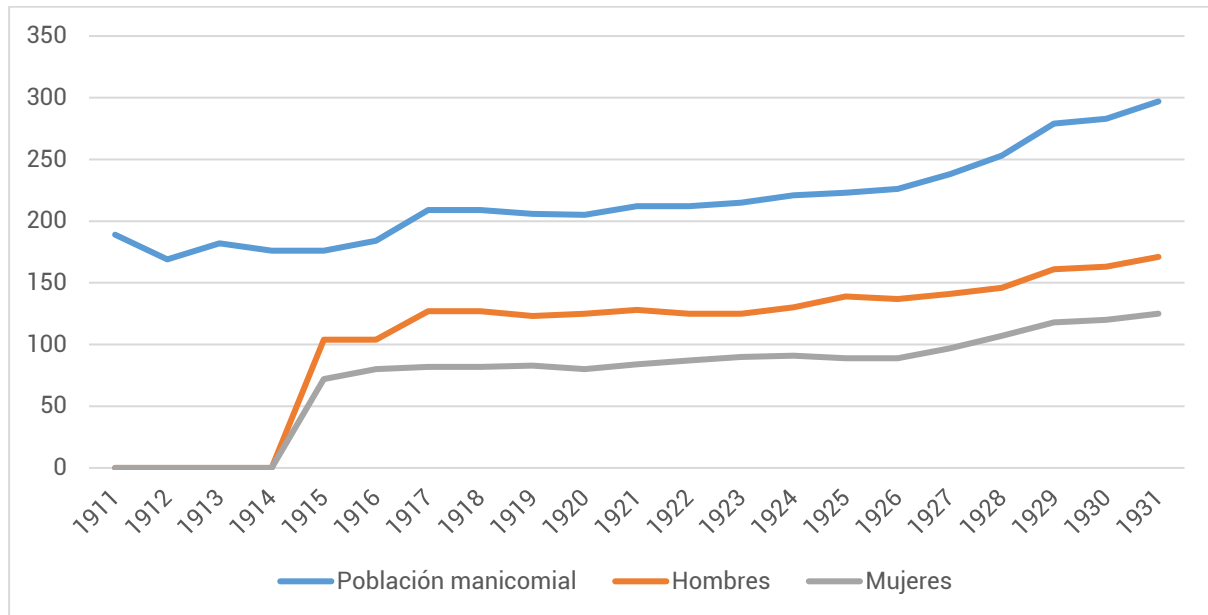


Figura 10. Evolución de la población manicomial total según el sexo en el Manicomio Nacional de Leganés (1911-1931)

Posteriormente se siguieron superando las cifras estipuladas por el Reglamento, no modificado hasta 1941, en periodos como la guerra, durante la que se llegó a más de 300 asilados¹³¹⁵. En la posguerra, promulgado el nuevo reglamento que doblaba la capacidad manicomial, la población asilar volvió a ajustarse, al igual que en el siglo XIX¹³¹⁶, a la regulación vigente, siendo el año de mayor ocupación 1952, con 368 ingresados¹³¹⁷.

Con el objetivo de comparar la evolución poblacional de Leganés con la de otras instituciones hemos seleccionado algunas instituciones psiquiátricas coetáneas tradicionales como los Manicomios de Zaragoza, Valladolid y Córdoba. También se ha elegido el Sanatorio Dr. Esquerdo, por su condición de establecimiento privado situado, al igual que Santa Isabel, en la provincia de Madrid. Si bien hay que tener en cuenta que no es una muestra significativa, es interesante observar los cambios poblacionales observados en estos establecimientos emblemáticos y contrastarlos con los del Manicomio Nacional de Leganés.

En la figura 11 se puede observar como la ocupación asilar de las diferentes instituciones mantienen una distribución similar con una tendencia al alza en el número de albergados a lo largo de la segunda y tercera década del siglo XX. A pesar de ese crecimiento, Leganés era

¹³¹⁵ A pesar de que se produjo un aumento del número de ingresados en los primeros meses de la contienda, la evolución de la población manicomial decreció durante los años de la guerra y, al finalizar la misma, se produjo un nuevo crecimiento, siendo la cifra de albergados en diciembre de 1939 de 289 pacientes. Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), pp.156-157.

¹³¹⁶ En el siglo XIX el número medio de albergados fue de 175 y el máximo de 220, durante el que prácticamente no se superó lo establecido por los Reglamentos. Véase Viota y Soliva, E. (1896), pp. 113 y 164.

¹³¹⁷ En el periodo comprendido entre 1939 y 1952 la población manicomial no superó los 400 internos que establecía como límite el nuevo Reglamento, publicado en 1941. Consejeri Gámez, A. (2013), p.95.

un manicomio pequeño comparado con otros como el de Valencia que, en 1901, contaba con 576 asilados, cifra que aumentaría hasta los 1149 pacientes en el año 1935¹³¹⁸. Una población aún más numerosa tenía el Manicomio de Valladolid que, en 1907, acogía a 900 enfermos incrementándose hasta 1171 albergados en 1915¹³¹⁹.

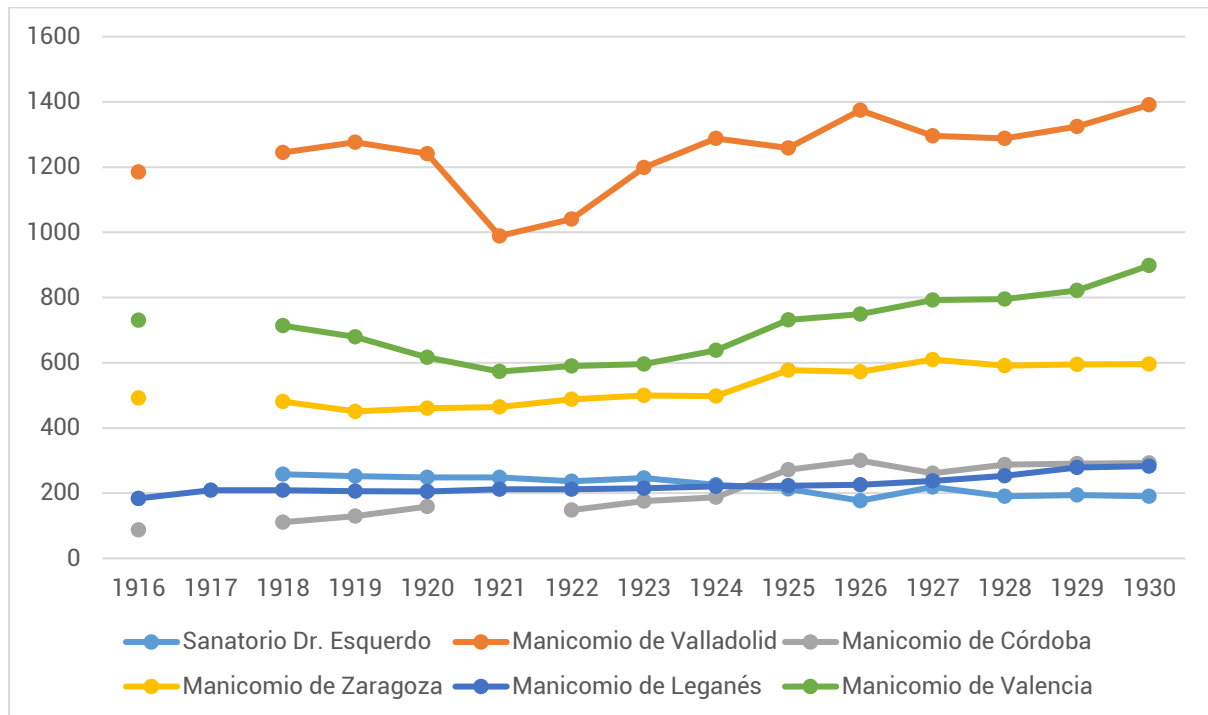


Figura 11. Evolución de la población asilar de varias instituciones manicomiales (1916-1930). Fuente: Fondo documental del INE y Archivo General de la Administración¹³²⁰

El análisis de la población manicomial en función de la categoría de ingreso-pensionistas y pobres- se ha realizado a partir de las fichas estadísticas, que el Administrador Depositario del Manicomio enviaba mensualmente al Director General de la Administración. Estos documentos, procedentes del fondo del Archivo General de la Administración para el periodo comprendido entre enero de 1916 y enero de 1919¹³²¹, contabilizaban la población total dividida por clase y sexo.

Si bien no podemos generalizar estos resultados, se puede observar que, a lo largo de los tres años, el número de pacientes pobres superó al de pensionistas (figura 12). La población media de los que pagaban por su estancia fue de 81,9 (DE 3,79) y varió entre los 72 albergados en abril y mayo de 1917 y los 87 de agosto de 1917 y junio de 1918. Por otro lado,

¹³¹⁸ Heimann, C. (2006), p. 438.

¹³¹⁹ García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid: Diputación de Valladolid, p. 244.

¹³²⁰ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00029.

¹³²¹ Ibidem.

el número medio de pacientes pobres fue de 123,9 (DE 6,4) y se mantuvo en un intervalo que iba desde los 106 pacientes albergados, en enero de 1916, hasta los 132 de febrero de 1917. Estos resultados aportan unas diferencias que son significativas. El momento en el que se objetiva una mayor distancia entre estas dos poblaciones es febrero de 1917, cuando estaban albergados 77 pensionistas y 132 pacientes en beneficencia. Precisamente esta proporción correspondía con la establecida por el Reglamento Orgánico de 1885, que disponía una población máxima manicomial de 130 pacientes pobres y 70 pensionistas¹³²². Posteriormente, la cantidad de pensionistas aumentó ya que, en la década de los años veinte, Salas señalaba que el número de pacientes en beneficencia constituía casi la mitad de la población total internada¹³²³ y, concretamente, en abril de 1929, de los 281 pacientes totales, más de la mitad (161 asilados), estaban ingresados en categoría de pensionista¹³²⁴.

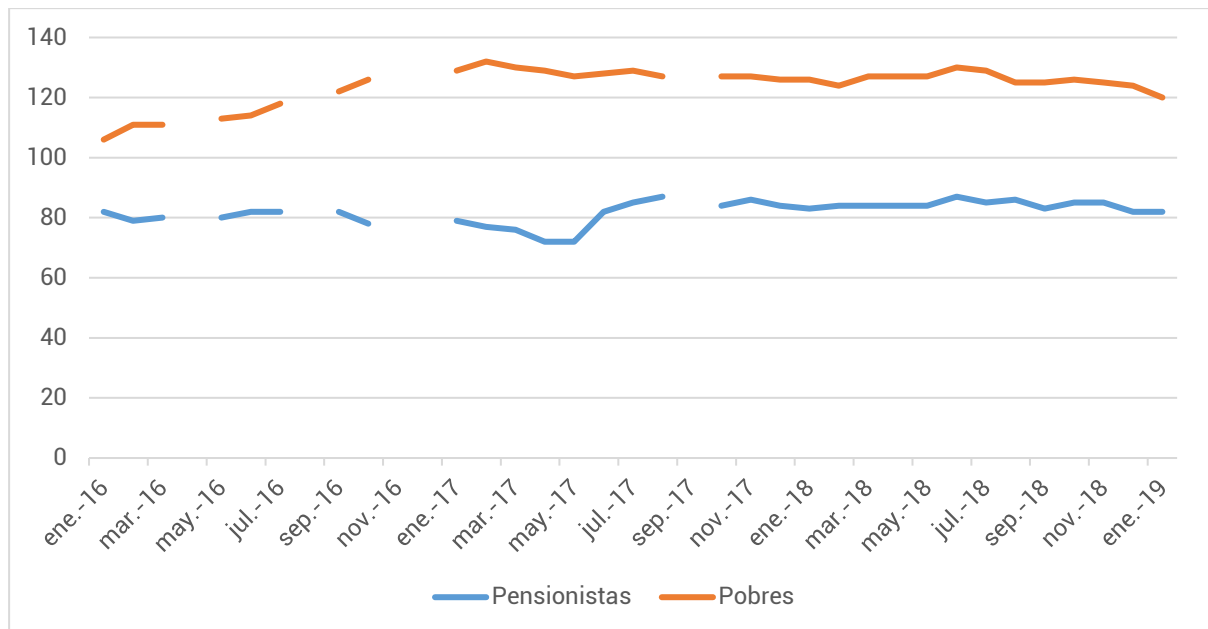


Figura 12. Población manicomial distribuida por categorías administrativas en el Manicomio Nacional de Leganés (1916-1919). Fuente: Archivo General de la Administración

En estudios previos con la población manicomial de Leganés, sin embargo, se afirmaba que la ocupación de pensionistas era mayor que la de pobres¹³²⁵, porque los primeros eran dados de alta con mayor frecuencia y permitían nuevos ingresos en la misma categoría¹³²⁶.

¹³²² Reglamento orgánico de 1885. Artículo 4.

¹³²³ Salas y Vaca, J. (1929), p.38.

¹³²⁴ *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), p.8.

¹³²⁵ Mollejo Aparicio, E. (2003). Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 635-646) Madrid: Frenia, p.637.

¹³²⁶ Villasante, O. (2008). Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia*, 8, 33-68, p.56.

Perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresaron nuevos en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931

El 56,3% de los pacientes que ingresaron en el Manicomio en nuestro periodo de estudio eran varones y el 43,7%, mujeres con una ratio hombre/mujer de 1,2¹³²⁷. La edad media fue de 38 años (DE 15,05), siendo la mínima de 8 y la máxima de 96¹³²⁸. Las mujeres ingresaban con una media de edad mayor que la de los hombres, 41,39 (DE15,98) frente a 35,41(DE 13,75), diferencia que es estadísticamente significativa. Más de la mitad de los pacientes, tenían entre 21 y 40 años en el momento del ingreso¹³²⁹, siendo la mediana de edad de 36 años con un rango intercuartílico que va desde los 26 a los 48 años de edad. En la figura 13 se observa como las mujeres tienen desplazado el pico de edad de ingreso, más frecuente a edades más avanzadas, en relación a la población masculina (aproximadamente diez años más que los varones).

¹³²⁷ El predominio de la población masculina en las instituciones psiquiátricas fue común, como señala Heimann para el caso del manicomio de Valencia, porque había un componente social protector para la mujer joven a la hora de decidirse el internamiento a diferencia del varón joven con el que existía una menor sensibilidad social al ingreso y una mayor alarma ante la potencial peligrosidad. Heimann, C. (1994). *El Manicomio de Valencia (1900-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia, p. 326. Así, en el Manicomio de Jaén se observó una mayoría de hombres en la población ingresada entre 1928 y 1953 con una proporción de 1,5 a 1. Lo mismo se registró en el Manicomio de Conxo, donde los varones conformaron el 65,7% de las 2000 historias clínicas analizadas correspondientes a los ingresos realizados entre 1885 y 1919 y, en el Manicomio de Navarra también se produjeron más ingresos de hombres entre 1904 y 1934. Así mismo, la población masculina fue mayoritaria también en los Manicomios de Ciempozuelos y en Sant Boi de Llobregat en los años 1911 y 1909 respectivamente. Gutiérrez Aguilera, C. (1953). *Psiquiatría en la provincia de Jaén (1929-1953)*. *Seminario Médico*, 56-77, p.58; Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.22; Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud, p.192; Rodríguez Morini, A. (1910). Manicomio de Sant Boi de Llobregat. Memoria médica correspondiente a los años 1908 y 1909 presentada a la Excmá Diputación provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 8, 321-325, p.322 y Gayarre, M. (1912). Memoria del Manicomio de Ciempozuelos (1911). *Revista Frenopática Española*, 111, 71-89, p.71.

¹³²⁸ Se han identificado tres pacientes con 8 años de edad. Se trata de dos pacientes epilépticas que ingresaron en 1818 y 1925 y un varón oligofrénico internado en 1929. Así mismo, hemos registrado una mujer de 96 años diagnosticada de "psicosis crónica de aspecto degenerativo", ingresada en 1910. Historias clínicas XX-556, XX-757, XX-918 y XX-281. Archivo Histórico IPSSM José Germain.

¹³²⁹ Este rango de edad también es el más frecuente entre los ingresados en otras instituciones españolas como el Manicomio de Córdoba, Conxo o Sant Boi. Ruiz García, C. (2011), p.230; Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.23 y Antón Fructuoso, P. (1982), pp.106-107.

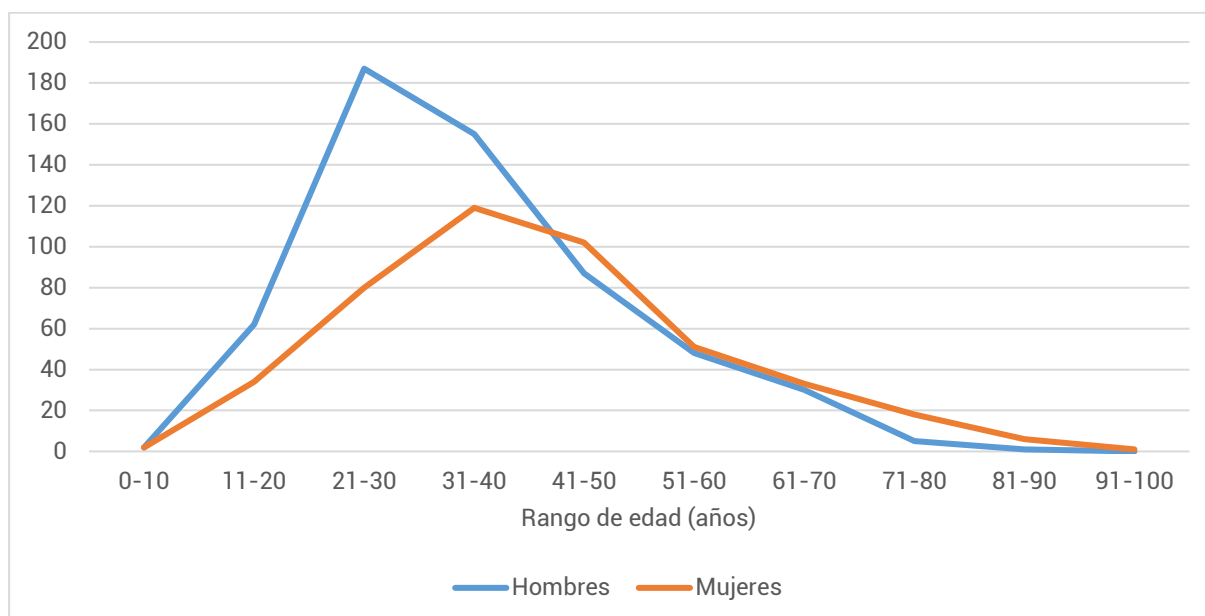


Figura 13. Distribución de los ingresos en el Manicomio Nacional de Leganés por intervalos de edad y sexo (1900-1931)

El 58,7% de los ingresados estaban solteros en el momento del internamiento. En la figura 14 se recoge la distribución de todos los ingresos, en función de su estado civil y sexo, siendo el segundo grupo en frecuencia el de los casados (29,5%), datos similares a los obtenidos por estudios realizados sobre épocas posteriores de la misma institución¹³³⁰. Si bien entre los casados y los solteros hay un predominio de los varones, el grupo de los viudos, que representaba un 9% del total, estaba compuesto, en su mayoría, por mujeres.

¹³³⁰ Tierno, R. (2008), p.100. Estos datos concuerdan también con los obtenidos en otras instituciones españolas como el Manicomio de Conxo, el de Córdoba, el de Sant Boi o el de Valladolid, Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.23; Ruiz García, C. (2011), p. 231; Antón Fructuoso, P. (1982), p.108 y García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.301.

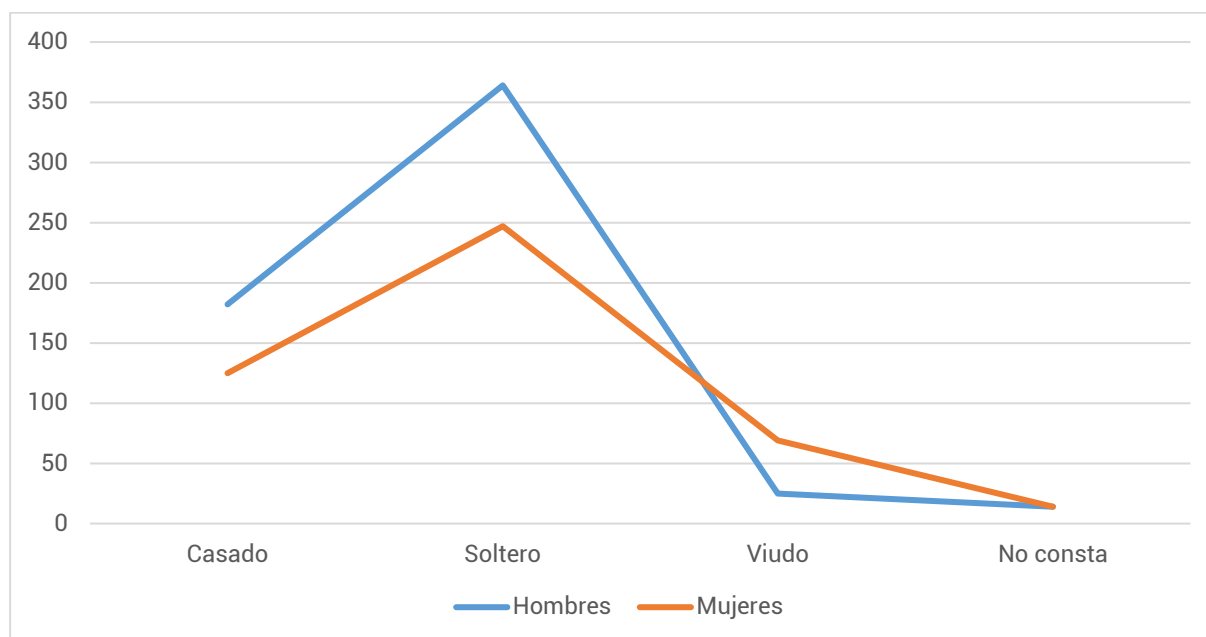


Figura 14. Distribución de los ingresos en el Manicomio Nacional de Leganés en función del estado civil y del sexo (1900-1931)

El predominio de la población masculina se mantuvo en periodos posteriores de la institución¹³³¹. Sin embargo, a partir de 1941, la ratio hombre/mujer se invirtió, de manera que, en los primeros años de la posguerra, coincidiendo con la disminución de hombres en la población civil a consecuencia del aumento de mortalidad de éstos durante la guerra, ingresaron un 60% de mujeres frente a un 40% de hombres. A lo largo del resto de la década de los 40 esta proporción se mantuvo hasta igualarse en los años 50¹³³².

La edad media de la población manicomial, entre 1900 y 1931, es dos años menor que la registrada en la institución para todo el periodo que va desde la Segunda República española hasta 1952¹³³³ y, similar a manicomios como el de Valencia¹³³⁴ o Córdoba¹³³⁵. Así mismo, al igual que en nuestro periodo de estudio, en años posteriores, las mujeres que ingresaron en Leganés presentaban una edad media mayor que los hombres¹³³⁶. Esta diferencia de edad se puede explicar, por un lado porque las patologías por las que ingresaban más frecuentemente los hombres tenían generalmente una expresión más temprana, como es el caso de la esquizofrenia y, por otro, como señala Heimann para el caso del Manicomio de Valencia, porque había un componente social protector para la mujer joven, a la hora de decidirse el

¹³³¹ Tierno, R. (2008), p.100.

¹³³² Conseglieri Gámez, A. (2013), p.88.

¹³³³ Tierno, R. (2008). Cuando se han analizado los periodos por separados, la edad media durante la guerra civil ha sido de 45 años y, en la posguerra de 42. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 166; Conseglieri Gámez, A. (2013), p.86.

¹³³⁴ Heimann, C. (2006), p.439.

¹³³⁵ La media de edad en el asilo cordobés fue de 37 años siendo la edad mínima de 6 años y la máxima de 103 años de edad. Ruiz García, C. (2011), p. 230.

¹³³⁶ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 166 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.87.

internamiento a diferencia del varón joven, con quien existía una menor sensibilidad social al ingreso y una mayor alarma ante la potencial peligrosidad¹³³⁷.

Las profesiones de los asilados

El 86,4% de los pacientes tenían recogida en la historia clínica su ocupación profesional (el 84,8% de los hombres y el 88,5% de las mujeres). Los varones, en su mayoría, eran empleados, estudiantes, labradores, jornaleros o trabajadores del comercio¹³³⁸. Un 16% de los ingresos masculinos poseían estudios más cualificados, entre los que destacan 17 abogados, siete médicos, tres farmacéuticos, y tres dentistas, aunque también ingresaron un veterinario, un maestro, un contable, un agente de bolsa, un aparejador, un Juez, un procurador, un profesor de orquesta, otro de idiomas, un violinista, un ingeniero o un paciente dedicado a la carrera consular. Los pacientes con estudios fueron, en las primeras décadas del siglo XX, más frecuentes que en otras épocas de la institución como en la posguerra, que supusieron el 6%¹³³⁹. Entre las mujeres, la profesión más frecuente era la de "sus labores", alcanzando a un 73% de la muestra femenina, porcentaje muy similar a las mujeres que fueron internadas tras la contienda¹³⁴⁰. Le siguen en frecuencia las religiosas con un 8% de la muestra y, entre otras ocupaciones figuran la de maestra, sirvienta o modista.

En la tabla 5 se recogen las profesiones registradas entre los pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés en las primeras décadas del siglo XX.

¹³³⁷ Heimann, C. (1994), p. 326.

¹³³⁸ El hecho de que la mayoría de los varones trabajaran en puestos no cualificados se ha observado también en otras instituciones como el Manicomio de Valladolid. Véase: García Cantalapiedra, M.J. (1992), p.303.

¹³³⁹ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.89.

¹³⁴⁰ *Ibidem*.

Profesiones de los hombres	N	%	Profesiones de las mujeres	N	%
Estudiante	53	9,2	"Sus labores"	332	73
Empleado	44	7,5	Religiosa	37	8,1
Labrador	42	7,2	Maestra	7	1,5
Jornalero	34	5,8	Sirviente	4	0,9
Comercio	21	3,6	Modista	2	0,4
Militar	20	2,8	Comercio	2	0,4
Abogado	17	2,9	Actriz	1	0,2
Carpintero	10	1,7	Droguista	1	0,2
Religioso	10	1,7	Institutriz	1	0,2
Electricista	8	1,4	Artista	1	0,2
Industrial	7	1,2	Planchadora	1	0,2
Zapatero	7	1,2	Cocinera	1	0,2
Médico	7	1,2	Portera	1	0,2
Propietario	6	1	Otros	12	2,9
Albañil	6	1	No consta	52	11,4
Músico	6	1			
Maestro	5	0,9			
Portero	5	0,9			
Sastre	4	0,7			
Actor	4	0,7			
Jubilado	4	0,7			
Farmacéutico	3	0,5			
Cesante	3	0,5			
Engastador	3	0,5			
Relojero	3	0,5			
Impresor	3	0,5			
Oficial de correos	3	0,5			
Dentista	3	0,5			
Practicante	3	0,5			
Otros	145	26,4			
No consta	90	15,3			

Tabla 5. Profesiones de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés, distribuidos por sexo (1900-1931). N=1041

Aunque existe una amplia gama de labores profesionales, entre ellas llama la atención la existencia de siete médicos¹³⁴¹. Cinco de éstos procedían de su domicilio, como era habitual en la mayor parte de los pacientes¹³⁴², pero uno de ellos fue trasladado desde el Manicomio de Ciempozuelos y el otro desde el Manicomio de Valladolid. Sin embargo, lo más significativo no es su procedencia o su diagnóstico sino la categoría de ingreso de estos médicos ya que cinco de ellos fueron designados como "pensionistas gratuitos". Esta categoría, no registrada en el Manicomio previamente, estaba contemplada en la Real Orden editada en la *Gaceta de Madrid* en junio de 1925¹³⁴³. En ésta se disponía que en los Hospitales, Manicomios, Sanatorios, Casas de convalecientes y demás Establecimientos análogos que dependieran del Estado, de las provincias o de los municipios, se admitiera gratuitamente, en

¹³⁴¹ En el Manicomio de Sant Boi también se registró el ingreso de un médico en 1919 al que se diagnosticó de demencia precoz. Antón Fructuoso, P. (1982), p.207.

¹³⁴² Sobre la procedencia de los pacientes trataremos en un punto más delante de este mismo capítulo.

¹³⁴³ Real orden disponiendo que en los Hospitales, Manicomios, Sanatorios, Casas de convalecientes y demás Establecimientos análogos que dependan de este Ministerio, se admita gratuitamente, en concepto de distinguido, a cualquier Médico que lo solicite, siempre que haya ejercido la profesión y se encuentre enfermo y sin recursos. *Gaceta de Madrid*, 178, (27 de junio de 1925), p.1990.

concepto de "distinguido", a cualquier médico que lo solicitara, siempre que hubiera ejercido la profesión y se encontrara enfermo y sin recursos. La orden permaneció en vigor hasta los años posteriores a la contienda civil, época en la que también ingresaron cinco facultativos en concepto de pensionista gratuito¹³⁴⁴. La situación clínica de los médicos poco debió modificarse ya que cinco de ellos permanecieron hasta su fallecimiento y los otros dos fueron dados de alta, uno a petición familiar y, el otro, porque no regresó de una licencia. Todos los facultativos registrados ingresaron a partir de 1926 y sus diagnósticos fueron esquizofrenia catatónica, esquizofrenia, demencia precoz catatónica, parálisis general progresiva (dos casos), morfinomanía y paranoia¹³⁴⁵.

Precisamente uno de estos pacientes, según la prensa de la época, había sido conducido al Manicomio, engañado por la familia, en agosto de 1927, cuya artimaña fue asegurarle que había conseguido la plaza de médico residente de la institución¹³⁴⁶. Al llegar al establecimiento, el personal mantuvo "la farsa" y el paciente paralítico permaneció en Leganés hasta su fallecimiento, en noviembre de 1928¹³⁴⁷.

En la población general se han contabilizado el ingreso de 47 pacientes religiosos (37 mujeres y 10 hombres), lo que corresponde a un 4.5% del total, cuyo internamiento por lo general, como se ha señalado, se hacía a petición de los Superiores de su propia orden. Como dato curioso, nos gustaría destacar que, en seis ocasiones, las religiosas mujeres ingresaron en grupos el mismo día y procedentes de la misma orden religiosa, como ocurrió por ejemplo el 19/07/1915 o el 01/12/1915, fechas en las que fueron hospitalizadas tres religiosas cada día¹³⁴⁸. Posteriormente durante la guerra civil también se observaron hospitalizaciones en grupo de hermanas de la caridad, quienes constituyeron el 23% del total de internamientos durante ese periodo. En concreto, el 25 de julio de 1936, una semana después del inicio de la contienda ingresaron trece religiosas, traslado que probablemente estuviese en relación con el asalto a determinadas instituciones religiosas tras el estallido de la contienda civil¹³⁴⁹.

Si comparamos nuestros datos con otras instituciones españolas, se observa como las profesiones descritas en las historias de Leganés eran similares a las registradas para los

¹³⁴⁴ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.89.

¹³⁴⁵ Historias clínicas XX-771, XX-777, XX-817, XX-843, XX-932, XX-969 y XX-978. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁴⁶ *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), pp.8-9.

¹³⁴⁷ Historia clínica XX-843. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁴⁸ Historias clínicas XX-426, XX-427 y XX-428. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁴⁹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p.174.

varones del Manicomio de Navarra en el año 1905¹³⁵⁰ y, aunque para un periodo temporal más amplio, para los del establecimiento de Sant Boi, entre 1853 y 1945¹³⁵¹.

Procedencia geográfica

Aunque no hay que olvidar que la Casa de Dementes de Santa Isabel fue concebida desde su fundación como un Establecimiento de carácter nacional¹³⁵², la mayoría de los pacientes, un 73,5%, venían de Madrid¹³⁵³, al igual que ocurrió en épocas posteriores¹³⁵⁴. El porcentaje restante, señalado en la tabla 6, se repartía entre los enfermos originarios de otras ciudades españolas, sin que conste ningún origen extranjero.

Procedencia geográfica	%
Madrid	73,5
Toledo	2,1
Valladolid	1,4
Santander	1,4
Orense	1,3
Ciudad Real	1,2
Jaén	1,1
Palencia	1
Cáceres	1
Otras	11,7
No consta	4,3

Tabla 6. Provincias de procedencia de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931). N=1041

Independiente de la provincia de origen, los pacientes provenían predominantemente de su domicilio particular (77,3%). El 22,7% restante (figura 15) procedía de otras instituciones,

¹³⁵⁰ Aztarain Díez, J. (2005), p. 164. Así mismo, en el Manicomio de Valladolid la mayoría de los hombres trabajaban en puestos no cualificados y la mayor parte de las mujeres estaban dedicadas a las tareas del hogar. De las mujeres que trabajaban, la mayoría, como los hombres, ocupaban puestos no cualificados. García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.303. En el asilo valenciano las ocupaciones recogidas a lo largo del siglo XIX son muy similares, si bien sólo el 30% de los pacientes varones y el 13% de las mujeres aportaban información de la profesión ejercida. Véase: García Rodríguez, A. (2006). Del asilo de dementes al manicomio de Valencia en el siglo XIX. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 197-337). Valencia: Ajuntament de Valencia, p.280.

¹³⁵¹ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹³⁵² Villasante, O. (2002). Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2(2), 139 – 162; Delgado, M. (1986). Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871). *Asclepio*, 38, 273-297, Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN, p. 210; Tierno, R. (2008), p. 100.

¹³⁵³ Los pacientes de Madrid no solo ingresaban en los establecimientos de la misma provincia, sino que también eran derivados a otras comunidades autónomas españolas, como por ejemplo al Manicomio de Valladolid, donde un 4,26% del total de ingresos desde 1900 a 1975 procedían de la capital. García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.304.

¹³⁵⁴ Tierno, R. (2008), p.100.

entre las que destacan el Hospital Provincial, el Manicomio de Ciempozuelos y el Sanatorio Esquerdo¹³⁵⁵, datos similares a los estudios realizados sobre otras épocas de la institución¹³⁵⁶.

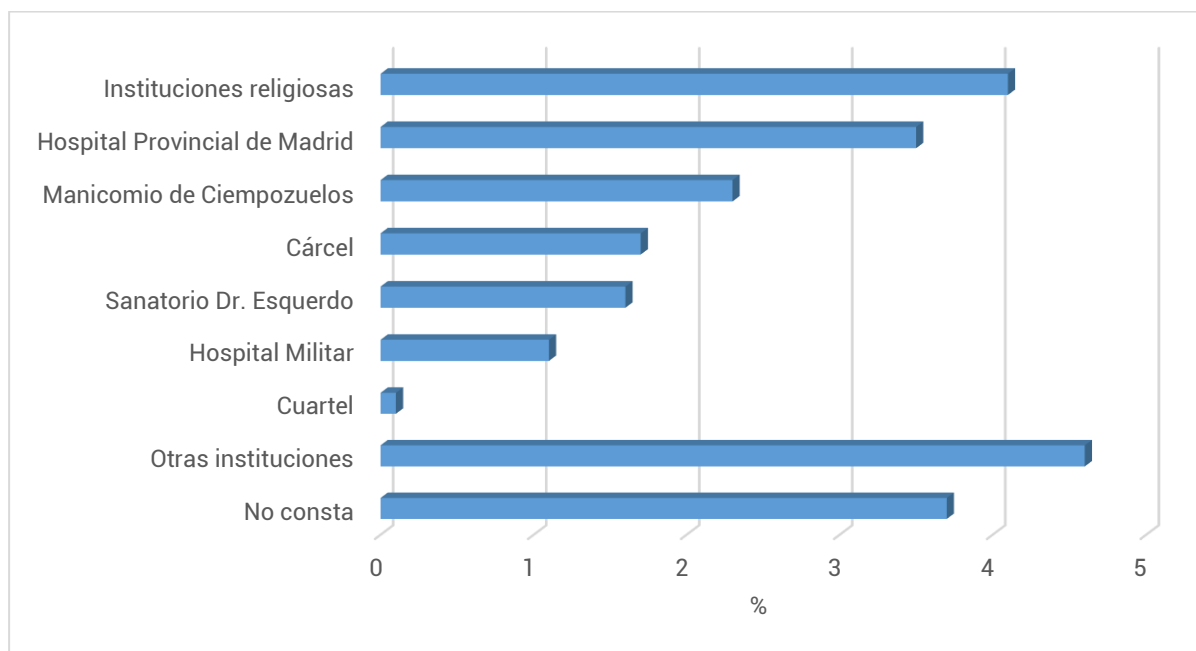


Figura 15. Procedencia de los ingresos en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (excluido el domicilio) (1900-1931). N=236

Un 4.1% de los pacientes, procedían de instituciones religiosas, porcentaje que aumentó al 18,8% durante la guerra civil¹³⁵⁷. También se acogieron pacientes procedentes del Manicomio de Sant Boi de Llobregat, Palencia, el Manicomio de Nueva Belén, Valladolid, Oviedo, Plasencia o el Instituto Pere Mata en Reus (Tarragona).

Estancia media

La estancia media en el establecimiento nacional fue de 7.94 años (DE 11,4), siendo la estancia mínima inferior a las 24 horas y la máxima de 59 años. La brevísima hospitalización de un varón de 32 años, diagnosticado de parálisis general progresiva, se debe a que éste falleció el mismo día de su internamiento por un ictus¹³⁵⁸. En el otro extremo se encuentra el caso de una mujer de 39 años que ingresó, procedente del Manicomio de Ciempozuelos, en septiembre de 1925 con el diagnóstico de demencia paranoide, posteriormente, denominada esquizofrenia paranoide, y que se mantuvo institucionalizada cerca de 60 años hasta fallecer

¹³⁵⁵ Sobre el papel que jugaron estas instituciones en el siglo XIX se puede consultar Villasante, O. (2005). Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entresiglos: asistencia pública frente a sanatorios privados. *Frenia*, 5, 66-99.

¹³⁵⁶ Tierno, R. (2008), p.100 y Consejieri Gámez, A. (2013), p. 92.

¹³⁵⁷ Tierno, R. (2008), p.110.

¹³⁵⁸ Historia clínica XX-352. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

por insuficiencia renal¹³⁵⁹. No hemos registrado diferencias estadísticamente significativas por sexo en el tiempo de hospitalización¹³⁶⁰, al contrario que en épocas posteriores, en las que se han documentado estancias superiores para las mujeres¹³⁶¹.

A lo largo de la historia del establecimiento, el recambio de pacientes ha sido escaso y una gran parte de ellos permanecían en el Manicomio hasta su fallecimiento, otorgando a la institución un carácter más asilar que terapéutico¹³⁶². A pesar de esto, el 30,9% de los internos, ingresados en las tres primeras décadas del siglo XX, estuvo hospitalizado menos de un año¹³⁶³, dato muy similar al obtenido por los estudios realizados con la población de la posguerra. Durante la contienda, sin embargo, los pacientes que permanecieron menos de un año en la institución aumentaron a más de la mitad de la muestra¹³⁶⁴.

En la figura 16 se muestran las estancias medias registradas en la Casa de Santa Isabel y el Manicomio de Conxo, donde fue superior a los 10 años en más de un 30% de los ingresos producidos entre 1885 y 1919. Si bien no coinciden con exactitud los periodos de estudio, nos permite realizar una aproximación a la comparativa de los tiempos de hospitalización de estas instituciones.

¹³⁵⁹ Historia clínica XX-758. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁶⁰ La estancia media para los hombres fue de 7.90 (DE 11,22) y para las mujeres de 7.99 (DE 11,65).

¹³⁶¹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.168.

¹³⁶² Para el siglo XIX, se puede consultar Villasante, O. (2008), p. 57. En el período ya estudiado del siglo XX, entre 1931 y 1952, la estancia media fue de 12 años (DE 13,3). Tierno, R. (2008), p.101. En la guerra ésta se redujo a 6,25 años (DE 11,71) y en la posguerra era de 7,78 (DE 13,29). Véase: Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.168 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.93.

¹³⁶³ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.93.

¹³⁶⁴ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 168.

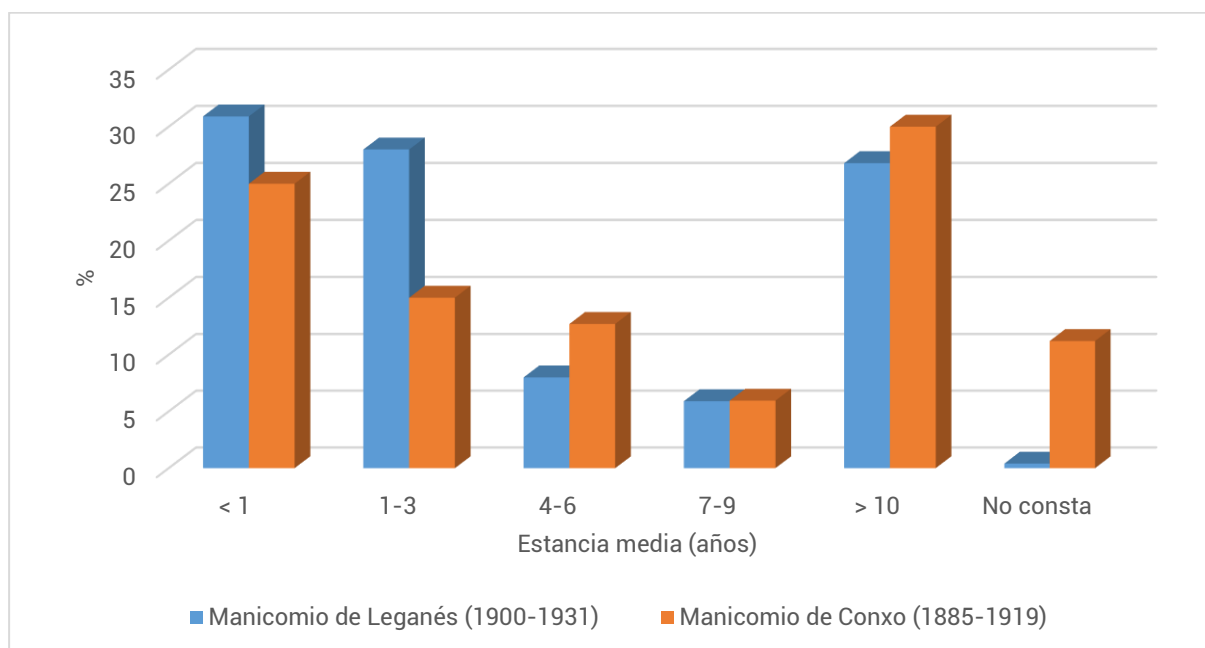


Figura 16. Comparación de las estancias medias en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (N=1041) y el Manicomio de Conxo (1885-1919) (N=528)¹³⁶⁵

Sin embargo, no todas las instituciones mantuvieron estancias tan elevadas. En el Manicomio de Sant Boi de Llobregat el 44% de los pacientes ingresados, entre 1885 y 1939, estuvo internado menos de un año y el 28%, entre uno y cinco años. Tan solo el 4,9% del total estuvo en la institución entre 21 y 30 años¹³⁶⁶, si bien es importante señalar que esta institución, aunque admitía pacientes a cargo de la Diputación Provincial, albergaba principalmente pacientes privados¹³⁶⁷. El establecimiento valenciano, por otra parte, registraba estancias medias también de menor duración, que van desde los tres a los cuatro años de hospitalización¹³⁶⁸.

MOVIMIENTOS POBLACIONALES EN EL MANICOMIO: LA ADMISIÓN DE ENFERMOS

En el siguiente apartado nos centraremos en el estudio de los movimientos poblacionales del Manicomio de Leganés a través de tres fuentes principales: las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931, los datos que

¹³⁶⁵ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p. 23.

¹³⁶⁶ Antón Fructuoso, P. (1982), p.110.

¹³⁶⁷ Ibidem, p. 49.

¹³⁶⁸ Heimann, C. (2006), p.440.

figuran en los Anuarios estadísticos del Fondo documental del INE desde 1915 hasta 1930¹³⁶⁹ y las fichas estadísticas que se enviaron desde el Manicomio a la Dirección General de la Administración, entre enero de 1916 y enero de 1919¹³⁷⁰. Estas últimas fichas proporcionan información sobre la clasificación "administrativa" que separaba a los pacientes por sexo y categoría de ingreso, similar a la de los partes estadísticos mensuales y anuales que, a partir de finales de 1931, se enviaron a la Dirección General de Sanidad¹³⁷¹.

La admisión de pacientes en las primeras décadas del siglo XX

Ingresos anuales globales

Al analizar el número de ingresos anuales, utilizando como fuente las historias clínicas del Manicomio (figura 17), se observa como el pico máximo de ingresos se produjo en el año 1928 con 60 hospitalizaciones, seguido del año 1916, cuando fueron internados 55 pacientes, cifras menores que las registradas en la posguerra, época en la que llegaron a ingresar hasta 85 pacientes en el año 1942¹³⁷². Si bien desconocemos el origen del incremento en los internamientos de 1916, el aumento de ingresos en 1928, sin duda, está relacionado con las reformas realizadas en la institución durante la jefatura de Salas y Vaca en la década de los años veinte y que llevaron a un claro aumento de la población manicomial.

¹³⁶⁹ En el Fondo documental del INE no se encuentran disponibles datos de años anteriores para el Manicomio de Leganés.

¹³⁷⁰ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00029.

¹³⁷¹ Los partes estadísticos reflejaban la cantidad de pacientes que habían ingresado o dados de alta en el establecimiento. En ellos se establecía una clasificación administrativa que separaba a los pacientes por sexo y categoría de ingreso, una técnica que los dividía en función de los departamentos de agitados, sucios o tranquilos y, por último, una nosológica que clasificaba a los internos en diez grupos, adaptados a la clasificación kraepeliniana. Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.93-95 y anexo 8; Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia, p. 115.

¹³⁷² Conseglieri Gámez, A. (2013), p.96.

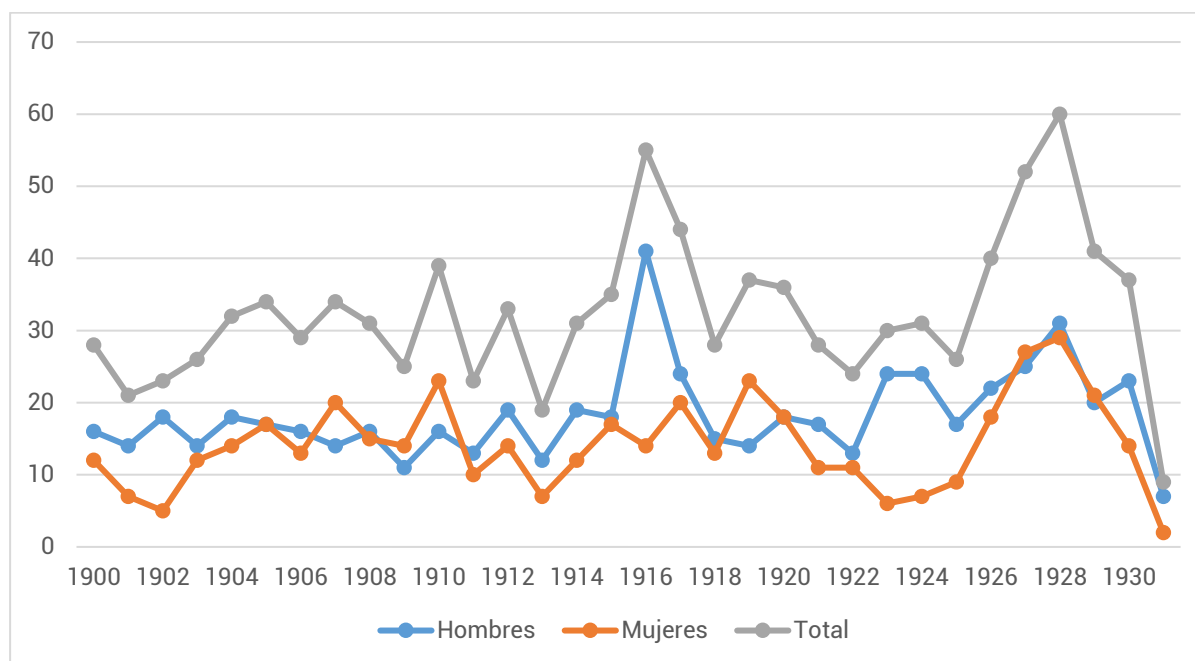


Figura 17. Número de ingresos anuales de pacientes en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Por lo general, los ingresos de varones superaron o fueron similares a los de mujeres, excepto en los años 1907 (20 mujeres vs 14 varones), 1909 (14 vs 11), 1910 (23 vs 16) y 1919 (23 vs 14). Este aumento de ingresos femenino, se suele relacionar con un mayor número de altas en esta población salvo para el bienio 1909-1910, en el que se registraron más altas masculinas. Probablemente en el aumento de ingresos de mujeres influyeran las altas el año previo- en 1908 se registraron 23 altas de mujeres frente a 15 de varones-.

Si estudiamos los ingresos a partir de los datos aportados por el Fondo Documental del INE, el número de internamientos anuales no coincide exactamente con los datos registrados tras nuestra búsqueda archivística (figura 18 y anexo 18). Desconocemos el origen real de tal diferencia, pero se ha considerado que podría deberse a discrepancias en la manera de contabilizar los reingresos o que se hayan extraviado historias clínicas¹³⁷³. No se pueden desestimar, sin embargo, errores estadísticos y/o tipográficos en la presentación de los datos por parte del INE, ya señalados por otros autores¹³⁷⁴.

¹³⁷³ Aunque en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain prácticamente todas las historias clínicas mantienen una numeración consecutiva, lo que llevaría a pensar que se encuentran los historiales de todos los pacientes que ingresaron, si bien, es posible que algunas se perdieran sin que haya quedado constancia de esto porque fueran archivadas en periodos posteriores de la institución.

¹³⁷⁴ Carreras, A. y Tafunell, X. (2005). *Estadísticas históricas de España*. Bilbao: Fundación BBVA.

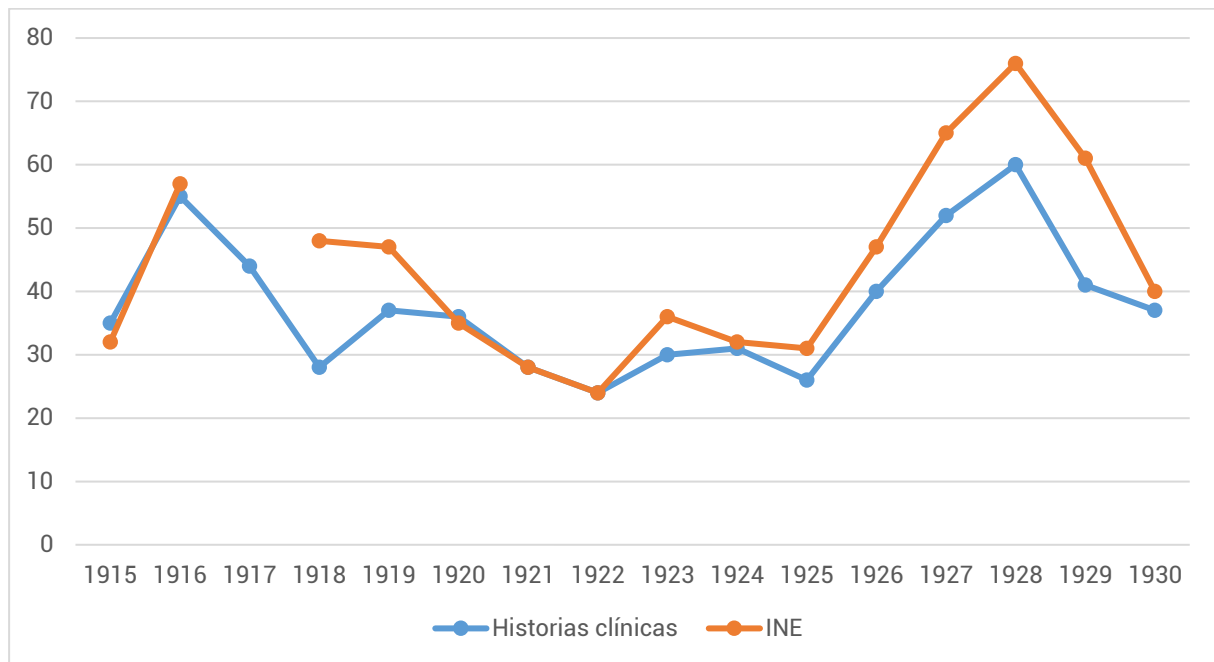


Figura 18. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés (1915-1930) según la fuente, INE o historias clínicas

A pesar de la diferencia de los datos, los años del número máximo de ingresos se mantienen, siendo éstos, según el INE, aún más numerosos ya que, en 1928, ascienden a 76 pacientes.

Ingresos anuales en otras instituciones españolas

El aumento progresivo en el número de ingresos anuales, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, fue habitual en las instituciones psiquiátricas españolas debido, en gran parte, al desarrollo de la medicina mental española y al nacimiento de numerosas instituciones psiquiátricas a lo largo de la segunda mitad del XIX y principios del siglo pasado¹³⁷⁵.

En la figura 19 mostramos una comparativa de los ingresos anuales en el Manicomio Nacional de Leganés, Conxo, Valladolid y el Manicomio de Ciempozuelos¹³⁷⁶. En estas dos últimas instituciones se puede observar como el número de entradas es significativamente mayor y con más variabilidad a lo largo del tiempo que en Leganés. Por otro lado, se objetiva que el Manicomio de Conxo, inaugurado en 1891 con una dotación inicial de 300 plazas¹³⁷⁷,

¹³⁷⁵ Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid: Frenia.

¹³⁷⁶ Los datos han sido extraídos de: Acero Sáez, C. (1997). *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

¹³⁷⁷ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p. 18.

aumentó la población de forma muy significativa en relación al resto de instituciones y, especialmente, Leganés.

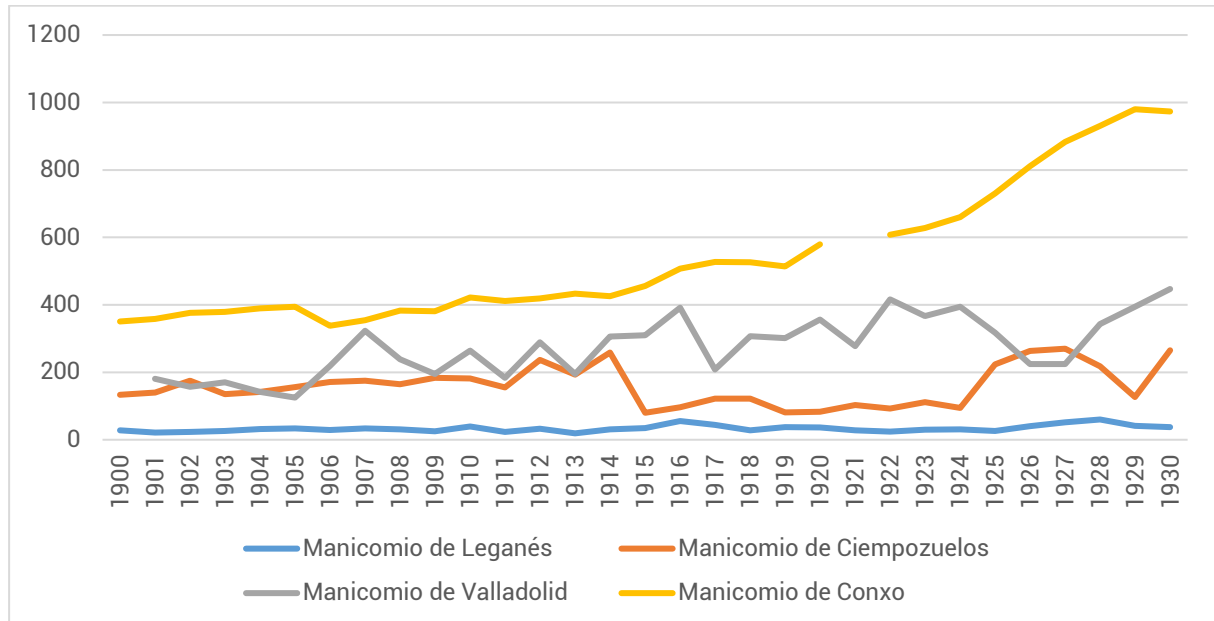


Figura 19. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio Nacional de Leganés, Manicomio de Conxo¹³⁷⁸, Manicomio de Valladolid¹³⁷⁹ y el Manicomio de Cienfuegos¹³⁸⁰ (1900-1930)¹³⁸²

En la figura 20 se ilustran los ingresos anuales de otras instituciones psiquiátricas españolas (Manicomio de Valencia, Córdoba, Zaragoza y Sanatorio Dr. Esquerdo), comparados también con los de Leganés, entre 1916 y 1930¹³⁸³. Al igual que en la figura 19, se puede observar cómo el número de entradas en el Manicomio Nacional es inferior al de otras instituciones coetáneas¹³⁸⁴. Así mismo, llama la atención que las entradas en el Manicomio de Zaragoza¹³⁸⁵ y el Sanatorio del Dr. Esquerdo presentan una tendencia a la baja.

¹³⁷⁸ Puede consultarse González, E. (1977). *A psiquiatría galega e Conxo*. Madrid: Do Rueiro, donde se reproducen algunos datos. Además de éstos, queremos agradecer la generosidad del psiquiatra Emilio González que ha compartido con nosotros un registro inédito en el que figuran las entradas, salidas y población manicomial en el Manicomio de Conxo entre los años 1885 hasta 1954.

¹³⁷⁹ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.293.

¹³⁸⁰ Acero Sáez, C. (1997), p.401.

¹³⁸¹ Acero Sáez, C. (1997), p.401.

¹³⁸² Se ha optado por realizar este estudio comparativo hasta el año 1930 ya que los datos que tenemos sobre los ingresos anuales en el Manicomio de Leganés en el año 1931 son hasta el 14 de abril de ese año y, por lo tanto, parciales.

¹³⁸³ El motivo de escoger estas fechas se debe, como ya hemos señalado con anterioridad, a que son los años en los que existen anuarios estadísticos del movimiento de alienados en el Fondo Documental del INE.

¹³⁸⁴ Sobre la evolución de los ingresos anuales en el Manicomio de Valencia se puede consultar también: Heimann, C. (2006), p.439.

¹³⁸⁵ Sobre esta institución es de obligada referencia: Fernández Doctor, A. (2000). *Hospital Real y General de nuestra Señora de Gracia, Zaragoza en el siglo XVIII*. Zaragoza: Institución "Fernando el Católico". También se puede consultar: Gimeno Riera, J. (1908). *La Casa de locos de Zaragoza y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia*. Zaragoza: Librería de Cecilio Gasca.

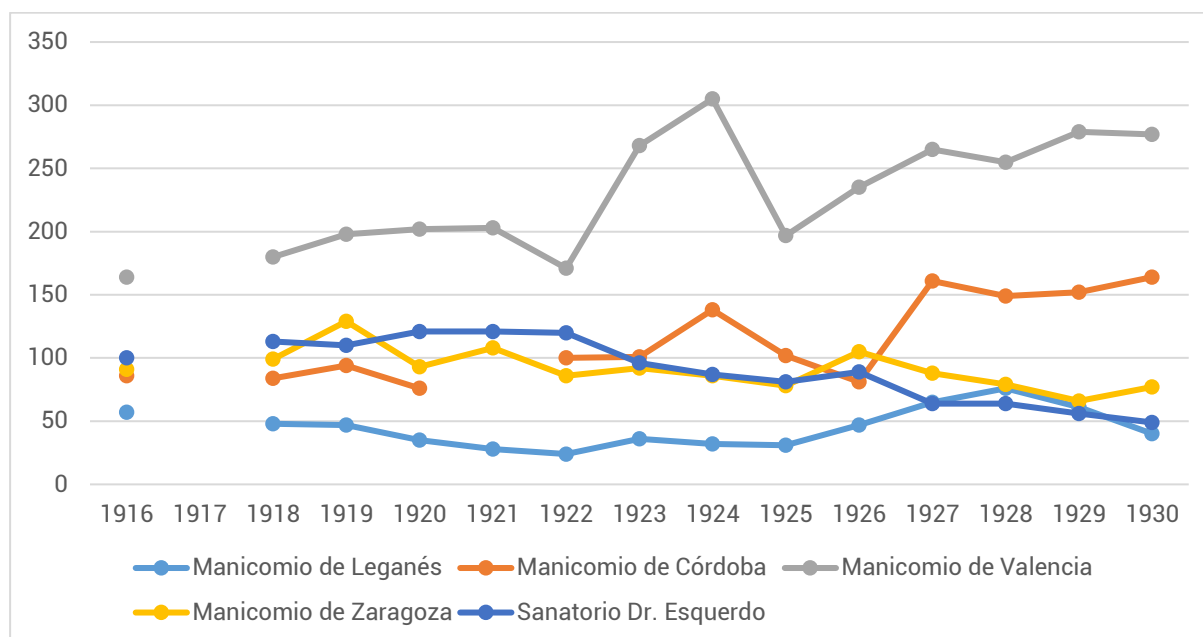


Figura 20. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio Nacional de Leganés, Córdoba, Valencia, Zaragoza y Sanatorio Dr. Esquerdo (1916-1930). Fuente: Anuarios estadísticos. Fondo documental del INE

Ingresos en función de las categorías

Cada paciente, al ingresar, era asignado a una de las tres categorías posibles- beneficencia, pensionista de primera y pensionista de segunda clase-, estipuladas desde la inauguración del establecimiento. El 64,5% de los pacientes de nuestro periodo de estudio ingresaron en calidad de pensionista¹³⁸⁶. Este hecho no equivale, como hemos apuntado, a que éstos constituyeran la mayor parte de la población manicomial, ya que los internamientos estaban regulados por las altas, sobre las que trataremos en un apartado posterior de este mismo capítulo.

A pesar de que, en la mayoría de los años del estudio, el número de entradas en pensionista supera al de beneficencia (figura 21), los pacientes que pagaban por su estancia no supusieron más de la mitad de la población manicomial durante las dos primeras décadas del siglo XX. Del análisis de las fichas estadísticas conservadas en el Archivo General de la Administración se extrae que, al menos durante el trienio 1916-1919, tal y como establecía el Reglamento, la población de pacientes pobres eran más numerosa que la de pensionistas¹³⁸⁷. El mayor número de ingresos anuales en la categoría privada se debía a que

¹³⁸⁶ En esta categoría de pensionista hemos agrupado la de pensionista de primera clase (15,2%), pensionista de segunda clase (49,1%) y pensionista no especificado (0,3%).

¹³⁸⁷ Archivo General de la Administración. Legajo: 44/00029

las salidas de éstos eran a su vez más frecuentes, de modo que las proporciones se mantenían. En la tercera década del siglo XX, momento de máxima expresión de las reformas en la institución, se observa un incremento en el ingreso de pensionistas. Ésto, añadido a que también aumentara la ocupación de pacientes privados hasta constituir, en 1929, más de la mitad de la población, significa que el aumento de la capacidad manicomial se hizo principalmente a expensas de los pensionistas, lo que, sin duda, estuvo relacionado con la ampliación del pabellón de “distinguidos” en sus dos clases¹³⁸⁸.

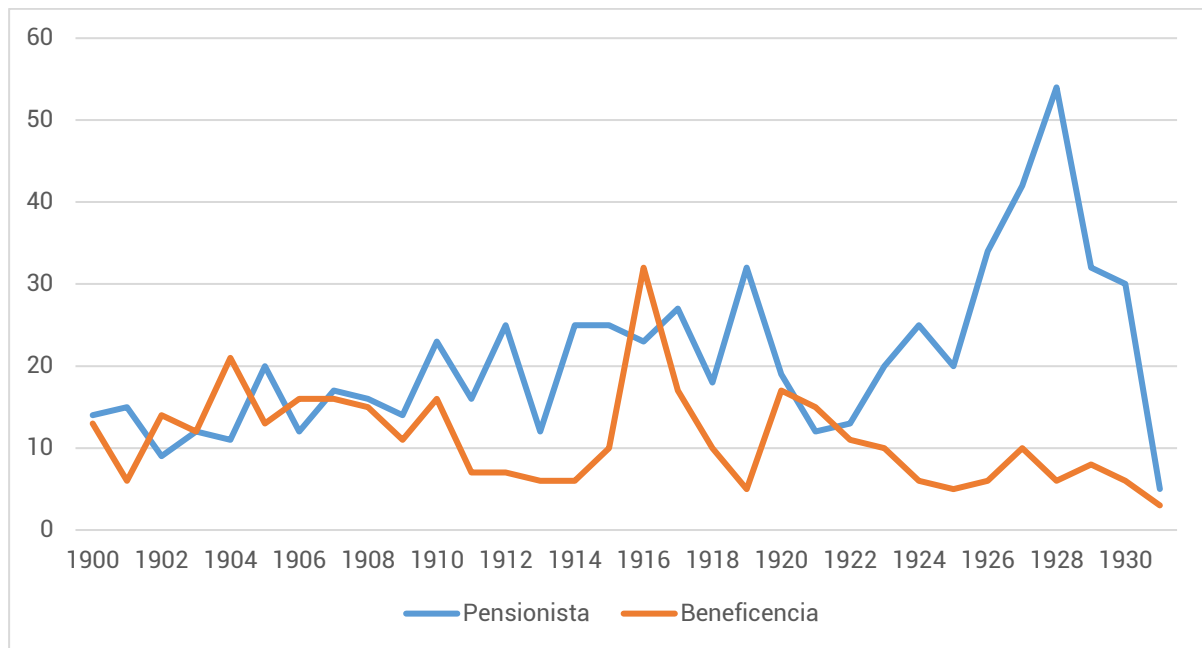


Figura 21. Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés según la categoría de ingreso (1900-1931)

No hemos podido estudiar los ingresos en función de la clasificación técnica: agitados, sucios y tranquilos, datos que si han sido analizados para periodos posteriores en la institución¹³⁸⁹, debido a que no disponemos de fuentes y que, en las historias clínicas, no se reflejaba esta cuestión.

Ingresos y altas en el Manicomio

El estudio de las dinámicas poblacionales se ha realizado a partir de dos fuentes. Por un lado, se han revisado las historias clínicas de todos los ingresos producidos entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, lo que conforma un total de 1041 (1003 pacientes y 38

¹³⁸⁸ Salas y Vaca, J. (1929), p.22.

¹³⁸⁹ Conseglieri Gámez, A. (2013), pp. 99-100 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p. 172.

reingresos ocurridos más de un año después de haber sido dados de alta por primera vez en la institución); por otro, se han estudiado las historias clínicas de todos los pacientes, dados de alta en el mismo periodo temporal (N=905), entre los que se incluyen las altas de pacientes que ingresaron en nuestro periodo de estudio (N=762) más las de aquellos institucionalizados en el siglo XIX (N=143)¹³⁹⁰. Además, hemos podido completar esta información con los movimientos poblacionales ofrecidos por el INE, disponibles sólo entre 1915 y 1930.

Los ingresos en el Manicomio se realizaban en función de las altas que eran, en la mayoría de los casos, como veremos, por fallecimiento. A lo largo de toda la serie temporal se percibe como el número de ingresos y altas, por lo general, es similar, excepto en los años 1916 y 1928, donde se objetiva una diferencia importante entre estos dos valores superando con creces el número de ingresos al de altas (figura 22). Sin duda, la discrepancia observada a finales de los años veinte se relaciona con las reformas realizadas en la institución que llevaron a un aumento de plazas en la misma, sin embargo, desconocemos el origen del aumento de ingresos ocurrido en 1916.

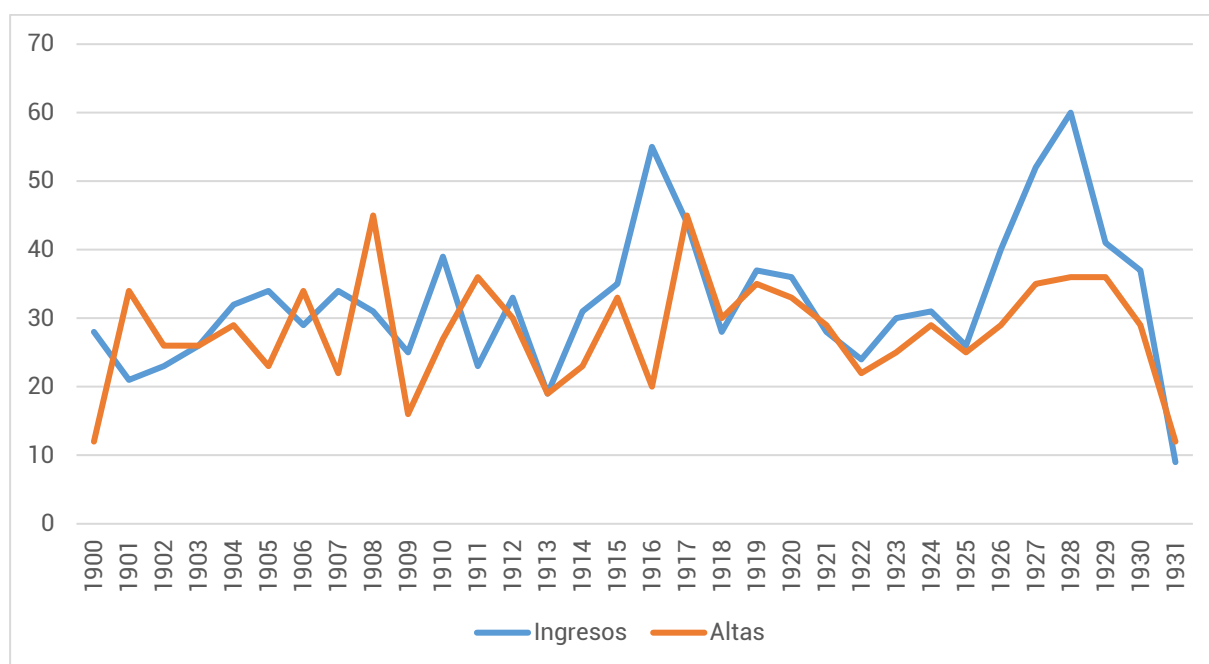


Figura 22. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

¹³⁹⁰ Este análisis ha sido posible gracias a los datos sobre las altas entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, de pacientes ingresados antes de 1900, vertidos en la tesis doctoral de Encarnación Mollejo. Véase: Mollejo Aparicio, E. (2001). *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Con los datos aportados por el INE (figura 23) también se pone de manifiesto la discrepancia entre las entradas y salidas de los años 1916 y 1928.

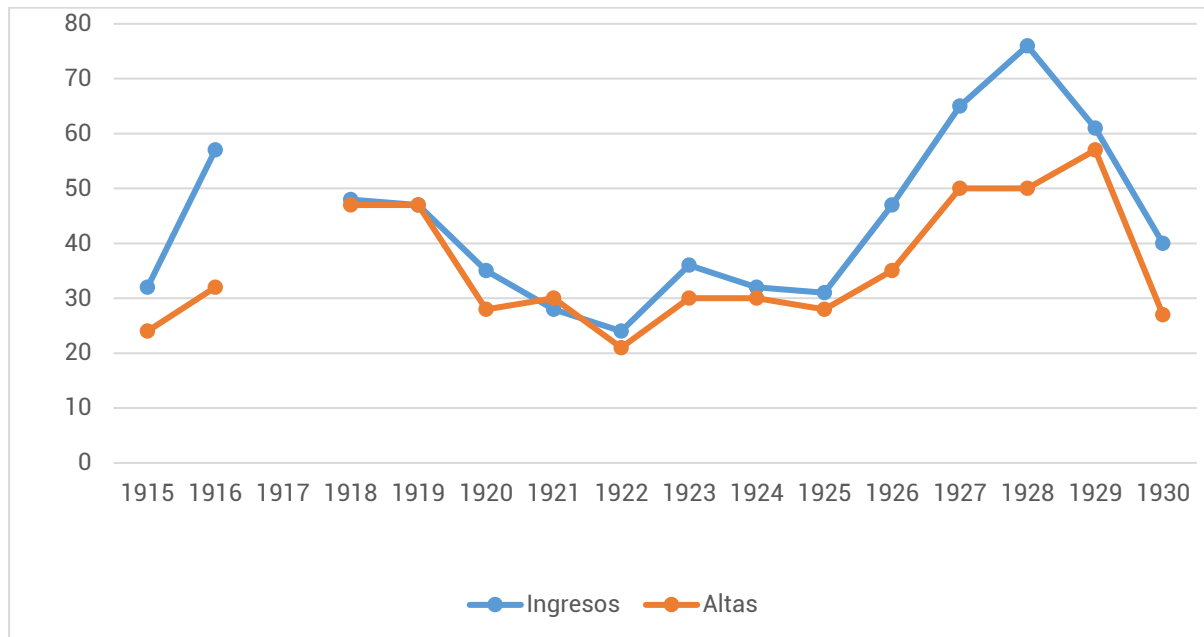


Figura 23. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930). Fuente: Fondo documental del INE

Ingresos y altas en otras instituciones psiquiátricas españolas

Las plazas de otros establecimientos psiquiátricos también aumentaron en las primeras décadas del siglo XX, según el INE, no obstante, también hay casos como el Manicomio de Zaragoza o el Sanatorio del Dr. Esquerdo, donde, lejos de aumentar los ingresos y altas, se produjo una disminución progresiva de los mismos.

En el Manicomio de Valladolid, la evolución de entradas y salidas fue más irregular que en el de Leganés (figura 24), siendo, por lo general, el número de ingresos anuales mayor al de altas.

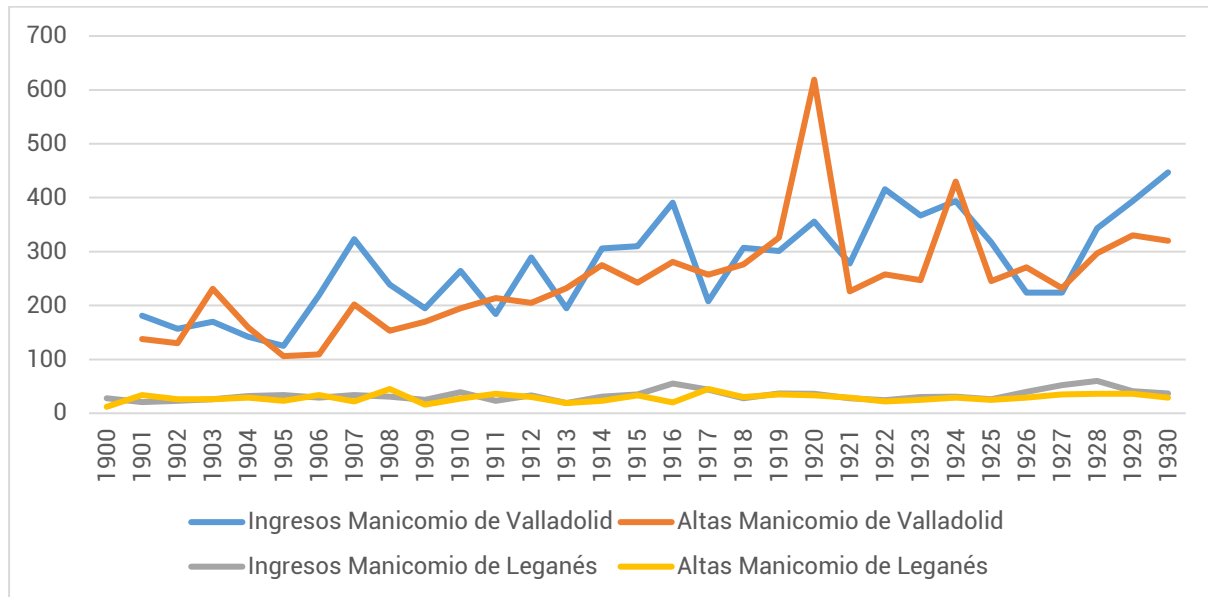


Figura 24. Comparación del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio Nacional de Leganés y el Manicomio de Valladolid (1900-1930)¹³⁹¹

En el Manicomio de Conxo (figura 25) también se aprecia de manera más evidente que en el de Santa Isabel, una diferencia importante entre el número de ingresos anuales y el de altas en la institución, más llamativa en la década de los años veinte.

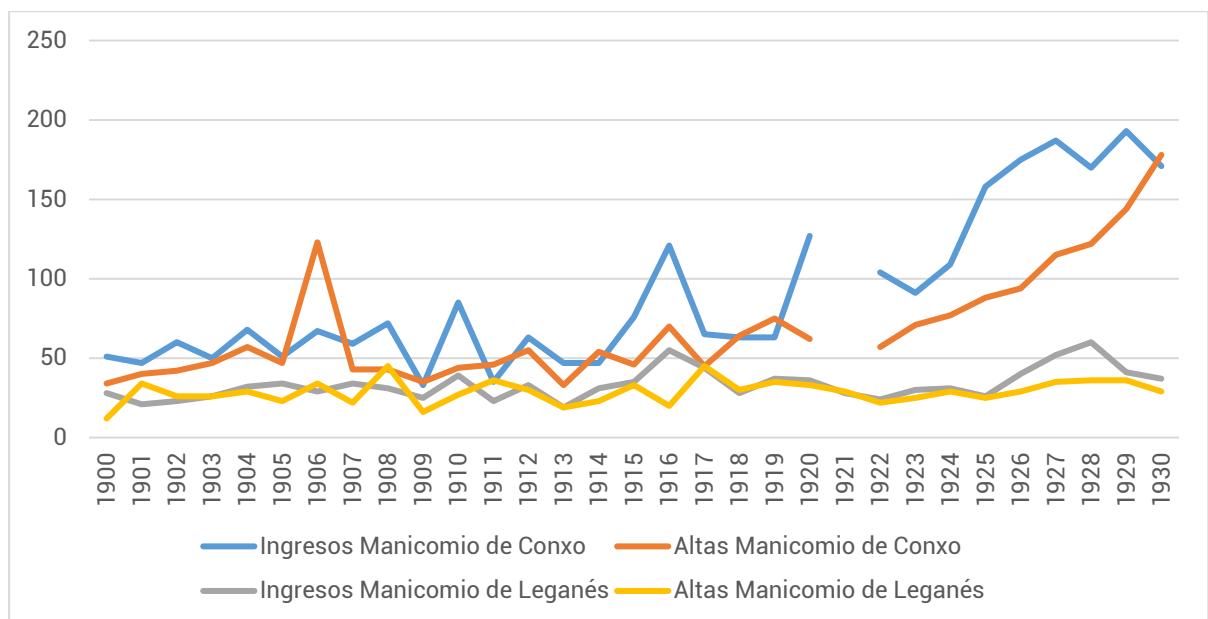


Figura 25. Comparación del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Conxo y el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1930)¹³⁹²

¹³⁹¹ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.293.

¹³⁹² Registro de entradas, salidas y población manicomial en el Manicomio de Conxo (1885-1954), cedido por Emilio González Fernández.

El Manicomio de Córdoba (figura 26), al igual que el de Valladolid, también mantuvo una evolución variable con grandes diferencias en el número de ingresos y altas anuales, en contraposición a la institución de Leganés.

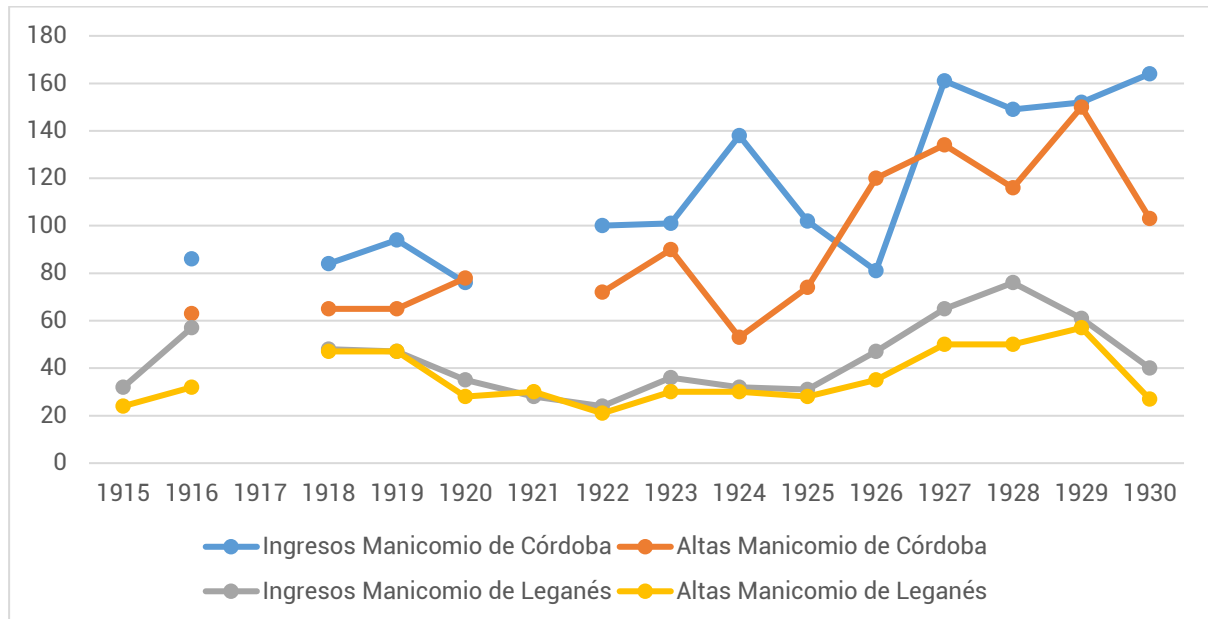


Figura 26. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Córdoba y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)¹³⁹³

Por otra parte, en el asilo valenciano (figura 27) se aprecian, al igual que ocurrió con Leganés, dos periodos, 1923-1925 y 1929-1930, de separación de los ingresos y las altas con un aumento de los primeros en comparación con las salidas de la institución. En las figuras precedentes se observa cómo el movimiento de entradas y salidas en la Casa de Santa Isabel presentó una evolución más regular que la observada en otros establecimientos psiquiátricos.

¹³⁹³ Fondo Documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930.

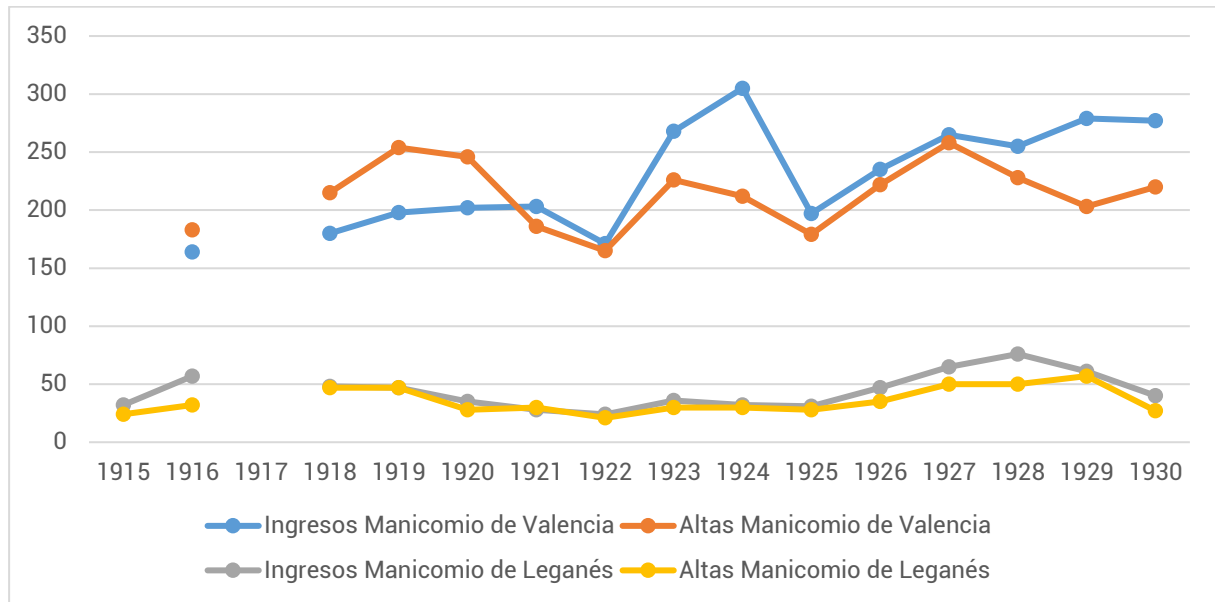


Figura 27. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Valencia y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)¹³⁹⁴

En el Manicomio de Zaragoza (figura 28), si bien los ingresos solían ser más numerosos que las altas, la evolución de ambos índices en los años veinte, fue a la baja, debido a la disminución de la población de esta institución en esos años¹³⁹⁵.

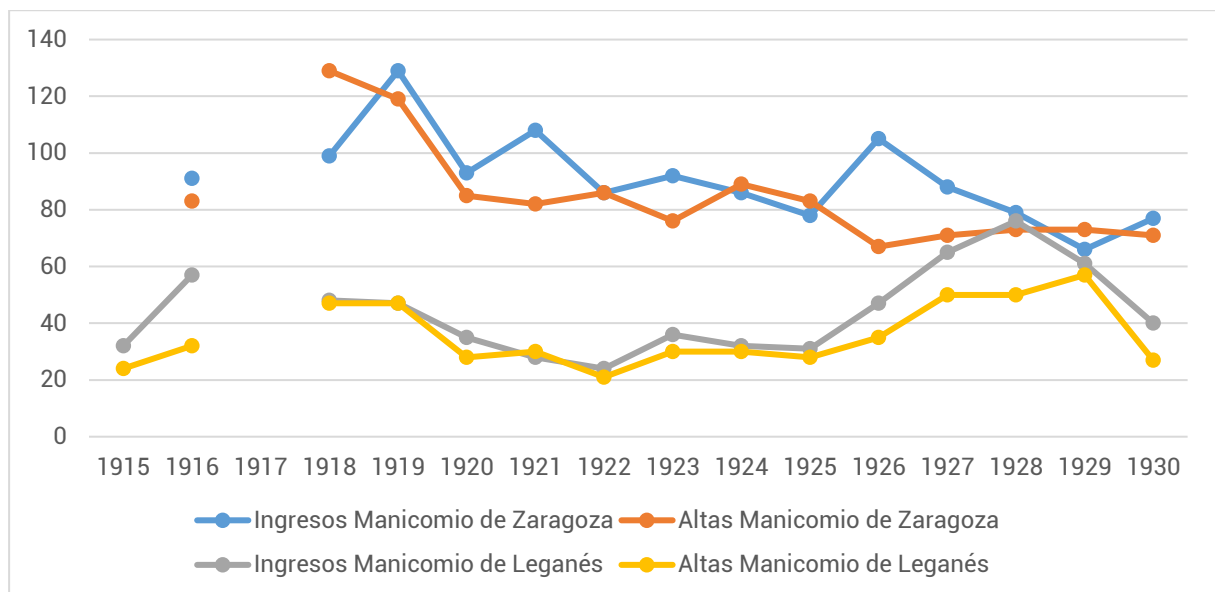


Figura 28. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Manicomio de Zaragoza y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)¹³⁹⁶

¹³⁹⁴ Fondo Documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930.

¹³⁹⁵ Sobre dicho Manicomio en el siglo XX se puede consultar: Fernández Doctor, A. (coord.). (2014). *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría.

¹³⁹⁶ Fondo Documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930.

Por último, en el Sanatorio Dr. Esquerdo (figura 29) se observa, al igual que en el de Zaragoza, una disminución de las entradas y salidas de la institución en la tercera década del siglo XX, hasta situarse en números similares a los de Leganés.

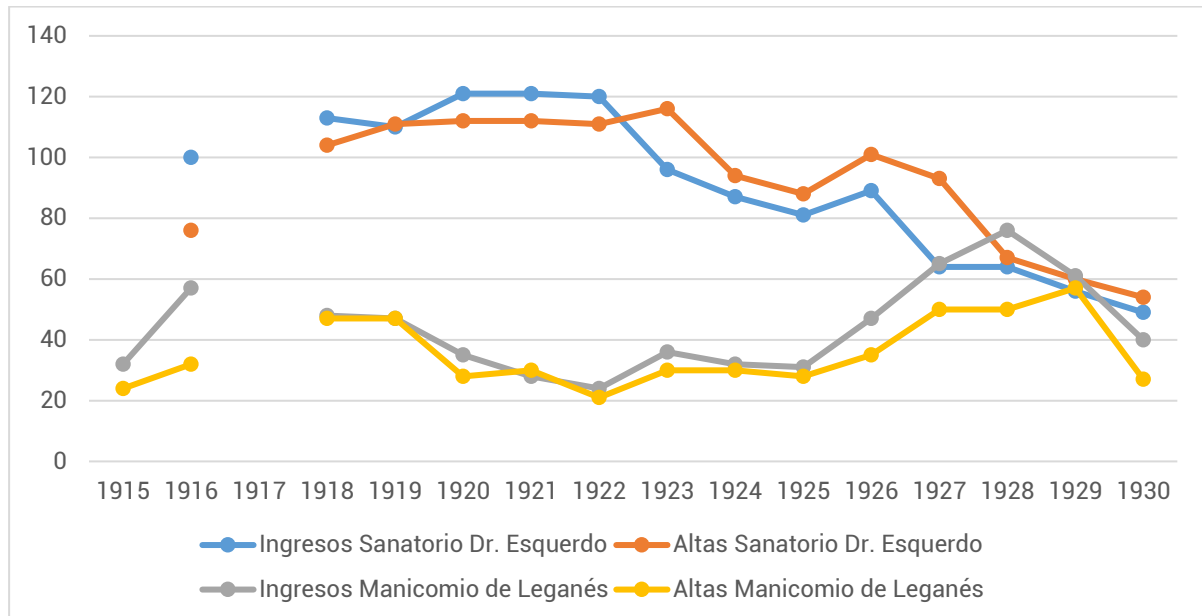


Figura 29. Evolución del número de ingresos y altas anuales en el Sanatorio Dr. Esquerdo y el Manicomio Nacional de Leganés (1915-1930)¹³⁹⁷

LA DIFÍCIL SALIDA DE LA INSTITUCIÓN: LAS ALTAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX

La dificultad de los pacientes para salir de la institución, en otros periodos, ha sido descrita en numerosa bibliografía¹³⁹⁸. En el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, en el que se regulaban los ingresos de dementes en establecimientos de Beneficencia General, no se hacía mención a una regulación específica para las altas. Tan solo aludía a la necesidad de comunicar la salida del paciente al Gobernador o al Alcalde en el plazo de 24 horas *“con expresión de la causa que la motivó, cualquiera que sea esta”*, sin especificar posibles motivos de alta¹³⁹⁹. Por otra parte, en el Reglamento Orgánico interno del Manicomio, firmado

¹³⁹⁷ Fondo Documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930.

¹³⁹⁸ Tierno, R. (2008); Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012) y Conseglieri Gámez, A. (2013).

¹³⁹⁹ Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. *Gaceta de Madrid*, 147 (21 de mayo 1885), p. 511. Artículo 13. Posteriormente, el Decreto de 1931 se ocupará de regular las altas, permisos, fugas y reingresos de forma más detallada y, en función de cómo hubiera sido la admisión del paciente. Véase: Nuevo decreto para la asistencia a los enfermos mentales (2000). [1931]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181-188. Artículos 27-35.

tan solo unos días antes, se establecía que *“para la salida definitiva de un enajenado pobre precederá necesariamente que el Jefe Facultativo haya consignado en la hoja clínica que se ha verificado la curación”*¹⁴⁰⁰. Es importante destacar que, en relación a los pacientes pensionistas, el reglamento se refería únicamente a su salida temporal, no definitiva, la cual se acordaba *“por la Superioridad cuando el Médico lo aconseje (...) y cuando lo pida el tutor, o un pariente o persona allegada del alienado”*. Se estipulaba así mismo que *“terminado el tiempo de licencia, se proveerá la plaza en (sic) el enfermo a quién le corresponda por turno ingresar, si aquel no se hubiere presentado al siguiente día de la terminación”*¹⁴⁰¹. Posteriormente, el Real Decreto de 1931, regularía los diferentes motivos de alta, de manera que, los pacientes ingresados voluntariamente, podrían salir *“cuando estos lo soliciten del médico director y cuando lo disponga este último”*, los internados por indicación médica o por orden gubernativa, cuando *“a juicio del médico director haya cesado la indicación de la asistencia en el establecimiento”* y aquellos que entraron por orden judicial, precisaban para salir *“de permiso de la autoridad que decretó el ingreso”*. Además, esa nueva legislación contemplaba la posibilidad de alta cuando *“los familiares de un enfermo o su representante legal lo soliciten en debida forma al médico director”*¹⁴⁰².

Las altas de pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés, en el primer tercio del siglo XX, se debieron a razones variadas, de modo que, para su análisis, hemos procedido a agruparlas en los siguientes tipos: defunción, no regreso del permiso de licencia, traslado a otras instituciones, prescripción facultativa, fuga, alta judicial, voluntaria, por petición familiar y otras causas de alta.

Del internamiento definitivo a la salida voluntaria

El motivo más frecuente de alta de los pacientes que ingresaron durante todo el periodo estudiado fue la defunción, un 64,1% de todos los ingresos producidos en el Manicomio de Leganés en nuestro periodo de estudio, siendo los fallecidos mayoritariamente varones (58,9% frente al 41,1% de mujeres), manteniendo una proporción similar a la población manicomial. La edad media de los pacientes en el momento del alta del Manicomio fue de 46,02 años (DE 17,11), muy similar a la registrada en el establecimiento valenciano¹⁴⁰³ y algo

¹⁴⁰⁰ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 62.

¹⁴⁰¹ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 61.

¹⁴⁰² Nuevo decreto para la asistencia a los enfermos mentales (2000). [1931]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181–188. Artículo 27, p. 187.

¹⁴⁰³ Heimann, C. (2006), p.439.

menor que la objetivada en Leganés durante la guerra civil española¹⁴⁰⁴. Para la población masculina, la edad media al alta fue de 43,38 años (DE 15,62) y, para las mujeres, llegó a 49,42 años (DE 18,31), diferencias que son estadísticamente significativas y similares a las observadas durante la contienda¹⁴⁰⁵.

El internamiento del paciente hasta su fallecimiento, fue muy común en las instituciones psiquiátricas y ha sido documentado desde mediados del siglo XIX¹⁴⁰⁶. Así, de todos los pacientes que fueron internados en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba, entre 1900 y 1940, el 46% fallecieron en la institución¹⁴⁰⁷. En el Manicomio de Conxo la muerte intrahospitalaria alcanzó el 50% del total de salidas de la institución de los internados, entre 1885 y 1919¹⁴⁰⁸. Sin embargo, el fallecimiento no fue la primera causa de alta hospitalaria en todos los establecimientos psiquiátricos. Concretamente, en el Manicomio de Valladolid ocupó el segundo lugar (19,2%) después de las salidas por licencia temporal¹⁴⁰⁹ que, en Leganés supusieron, como veremos, cerca de un tercio del total.

La defunción también significó la principal causa de alta en periodos posteriores de Santa Isabel, alcanzando porcentajes similares al de las primeras décadas del siglo XX (figura 30)¹⁴¹⁰.

¹⁴⁰⁴ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.185.

¹⁴⁰⁵ *Ibidem*, p.186.

¹⁴⁰⁶ En el estudio realizado con las historias clínicas del Manicomio de Zaragoza entre 1861 y 1878 se registró un 51,76% de altas por fallecimiento. Rodríguez Pérez, E. (1980). *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*. Zaragoza: Imprenta "Octavio y Félez", p.67

¹⁴⁰⁷ Ruiz García, C. (2011), p.233.

¹⁴⁰⁸ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X., González García, A. (1998), p. 23.

¹⁴⁰⁹ García Cantalapiedra, M. J. (1992), p.309.

¹⁴¹⁰ En el periodo entre 1931 y 1939 esta cifra subiría al 71% y, posteriormente, en la posguerra disminuyó hasta componer el 59,4% del total. Tierno, R. (2008), p. 111; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.183 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.106.

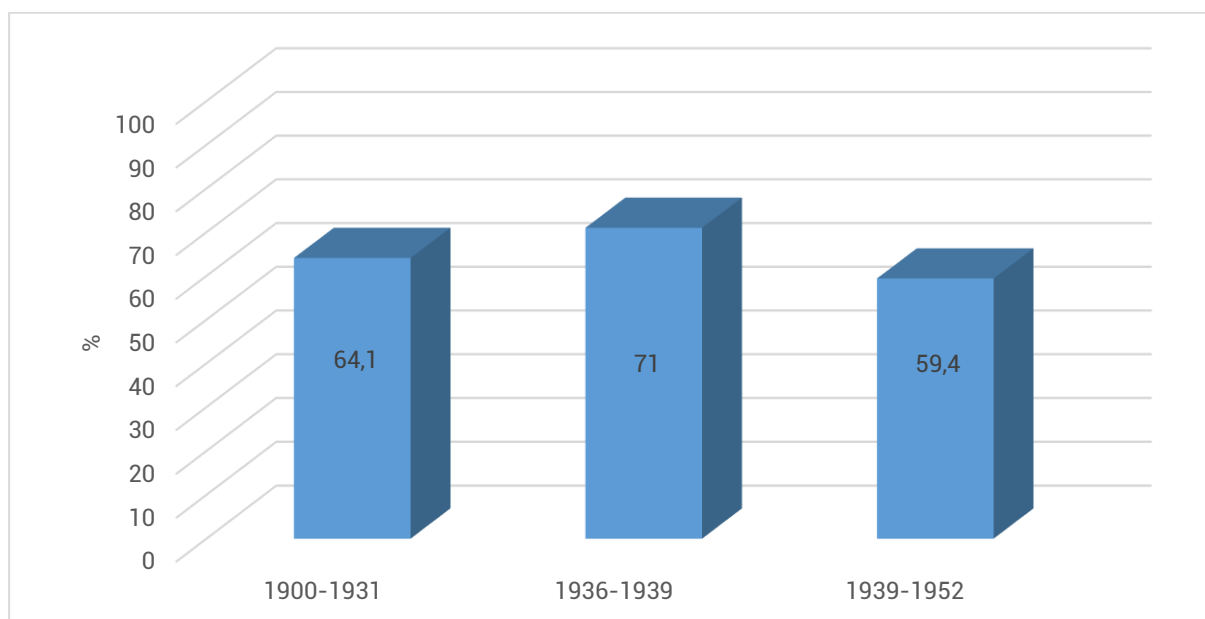


Figura 30. Altas por fallecimiento en los pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés en distintos periodos históricos del siglo XX

En la Casa de dementes de Santa Isabel se concedieron licencias temporales de salida a los enfermos desde mediados del siglo XIX¹⁴¹¹, a modo de *“prescripción exploradora o coadyuvante”*¹⁴¹² y, en muchos casos, este permiso era prorrogado durante un mes. Si los pacientes no regresaban de dicha licencia en el plazo estipulado para ello, eran dados de alta de la institución, situación que ocurrió en el 27,8% del total de la muestra recogida, parecido a otros manicomios españoles como el de Sant Boi de Llobregat¹⁴¹³. En épocas posteriores del Manicomio de Leganés, como la Segunda República y posguerra, se objetivaron altas por no regresar de licencia temporal en un porcentaje muy similar¹⁴¹⁴, aunque también se han documentado periodos en los que no se concedió ninguna salida definitiva por este motivo, como la guerra civil¹⁴¹⁵.

Además del fallecimiento (64%) y la caducidad de una licencia temporal (27,7%), en el 8,3% restante se observan altas por motivos variados como la petición familiar, el traslado a otras instituciones, la evasión, por orden judicial o de carácter voluntaria, entre otros (figura 31).

¹⁴¹¹ Balbo, E. (1998). Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869. En R. Ballester (ed.). *La Medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)* (pp. 265-275). Alicante: Instituto de Cultura «Juan Gil-Albert». Diputación Provincial de Alicante.

¹⁴¹² Reglamento orgánico de 1885. Artículo 59.

¹⁴¹³ En este establecimiento salieron por licencia un total de 21,4% de los pacientes ingresados entre 1853 y 1945. Antón Fructuoso, P. (1982), p. 118.

¹⁴¹⁴ Tierno, R. (2008), p. 113 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 109.

¹⁴¹⁵ Tierno, R. (2008), p. 113 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), 184.

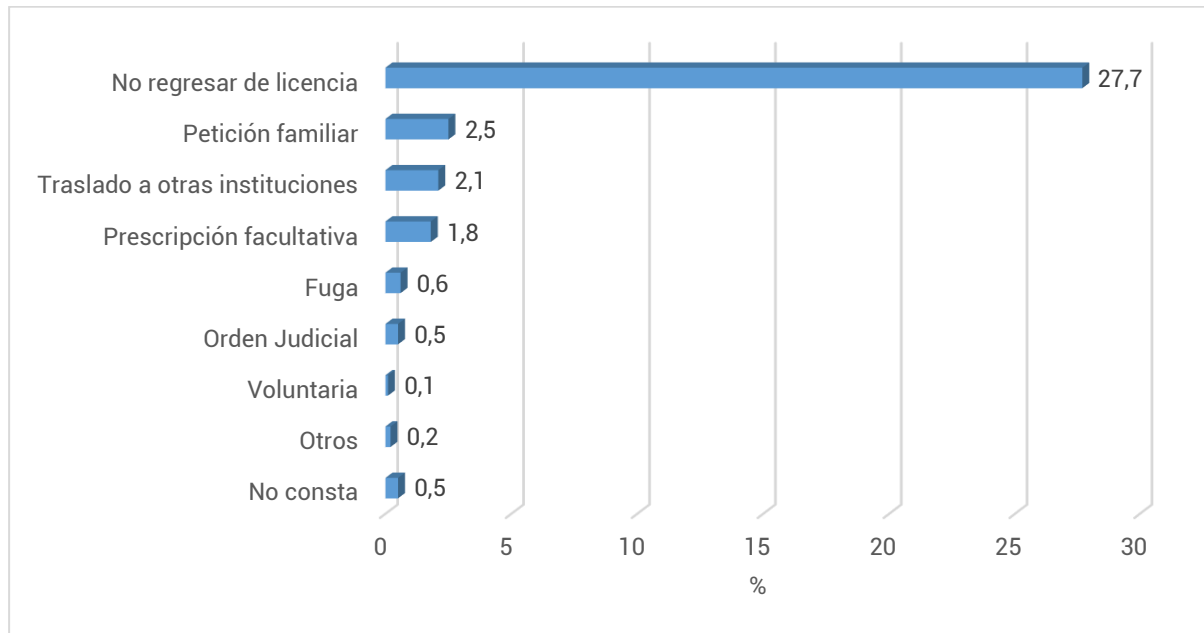


Figura 31. Causas de alta de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931 (excluido el fallecimiento). N=374

En 26 pacientes (2,5%) se formalizó la salida por petición familiar, a pesar de que la mitad no se encontraban "curados" y, en 16 de estos internos, se ha registrado en la historia un documento, muy poco frecuente en la población general manicomial, en el que se justificaba la concesión del alta (figura 32).

El 2,1% de los pacientes fueron trasladados a otras instituciones psiquiátricas, entre las que se encuentran el Manicomio de Ciempozuelos, el Sanatorio del Dr. Esquedo, el Manicomio de Zaragoza, Conxo, Pamplona, Sant Boi de Llobregat, Instituto Pedro Mata de Reus y el Manicomio de Santa Águeda. El porcentaje de enfermos trasladados, en nuestro periodo, es similar al registrado durante la posguerra¹⁴¹⁶, si bien bastante inferior al número de pacientes llevados a otros establecimientos durante la contienda civil¹⁴¹⁷. En otras instituciones psiquiátricas como el Manicomio de Valladolid fueron dados de alta por traslado un 10% del total de pacientes ingresados, entre 1900 y 1975¹⁴¹⁸.

¹⁴¹⁶ Entre 1939 y 1952 fueron dados de alta por traslado un 2,8% del total de pacientes. Conseglíeri Gámez, A. (2013), p.108.

¹⁴¹⁷ Durante la contienda un total de once pacientes fueron dados de alta por traslado, lo que equivale a un 12,5% del total. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p.185.

¹⁴¹⁸ García Cantalapiedra, M.J. (1992), p.309.

Informe dado por el jefe-facultativo en la instancia presentada por el padre político y tutor del asilado D. Anacleto Farías Calderón en que solicitaba su salida temporal, en 14 de octubre de 1912, fecha del informe 29 del mismo mes.

"Lienzo tra." El enfermo a que se refiere la presente instancia ha mejorado efectivamente de los profundos trastornos maníacos en que se hallaba a su ingreso en el manicomio en 14 de agosto del presente año; pero no se halla aún, ni mucho menos en estado de vivir en familia ni esto ha sido aconsejado como prescripción facultativa o condicional de su tratamiento, que obsequiarse como probándose, no puede ser otro, en la actualidad, mas que el régimen manicomial a cuyos efectos debe ser sujeta. Y teniendo en cuenta lo prescrito en la Real Orden de 1.º de junio de 1908, si la familia se hace cargo de este enfermo en virtud del derecho que a ello tiene será bajo su responsabilidad y sin perjuicio a que se le reserve la plaza que le fue concedida en concepto de observación en este establecimiento = V.E. no obstante de terminará lo que juzgue mas oportuno = Dios que lo Seguros 28 de octubre de 1912 =

Figura 32. Documento expedido para tramitar el alta a petición familiar. Fuente: Historia clínica XX-344. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Diecinueve pacientes (1,8%) salieron de la institución por prescripción facultativa. Entre éstos se registran diagnósticos muy variados como alcoholismo, locura alcohólica, locura intermitente (cuatro casos), locura epiléptica, histeromanía, melancolía, locura maniaco-depresiva, demencia precoz, síndrome degenerativo u oligofrenia. Así mismo, hemos documentado tres pacientes en los que, al ingreso, no se detectó ningún síntoma o signo de enfermedad mental¹⁴¹⁹. Todos los pacientes que fueron dados de alta por indicación médica se encontraban en estado de remisión o curados de la patología que había motivado su ingreso e incluso, en cinco casos (los tres ya señalados a los que se añadieron dos que, al ingreso, habían sido diagnosticados de locura intermitente y síndrome degenerativo), se

¹⁴¹⁹ El ingreso de pacientes sin patología mental ya se había realizado en las décadas previas de manera que, a lo largo del siglo XIX, fueron internados cerca de 40 pacientes cuyo diagnóstico de entrada especificaba que no padecían ninguna enfermedad mental. Mollejo Aparicio, E. (2011). *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM, pp.179-181.

especificó en la historia que no padecían ninguna enfermedad en el momento de la salida de la institución.

Tan sólo hemos documentado seis altas por evasión¹⁴²⁰, un 0,6% del total, cifra más baja que las señaladas por estudios realizados con los internos del Manicomio de Valencia donde, entre 1919 y 1930, se fugaron 130 enfermos¹⁴²¹, el Manicomio de Conxo del que se evadieron 41 pacientes en las tres primeras décadas del siglo XX¹⁴²² o el Manicomio de Sant Boi de Llobregat, donde huyeron un total de 20 pacientes en solo dos años-entre 1908 y 1909-¹⁴²³. Los pacientes que se fugaron eran todos varones y con diagnósticos muy diversos como alcoholismo crónico, "síndrome de carácter persecutorio tipo psicosis sistematizada progresiva", "degeneración simple con manifiestos estigmas", síndrome demencial, parálisis general progresiva y "demencia precoz esquizofrénica".

Cuando en el establecimiento se advertía la ausencia de un paciente, generalmente por el personal encargado de los cuidados de éstos, se comunicaba la misma al administrador y a la jefatura facultativa. Posteriormente, desde la administración de la institución, al igual que se hacía en otros establecimientos españoles¹⁴²⁴, se notificaba la huida al Juez de distrito¹⁴²⁵. Los magistrados pedían al Manicomio información personal sobre el fugado, como una foto o la descripción general de la vestimenta en el momento de la evasión¹⁴²⁶. Hemos documentado también denuncias a la institución por no controlar este tipo de incidentes, como es el caso del comerciante, diagnosticado de síndrome demencial, que ingresó en abril de 1923. Tras escaparse tres años más tarde, la hermana denunció al Manicomio, motivando que se investigaran, por parte del Juez, las circunstancias sobre la evasión. Desconocemos los resultados de dicha inspección por no hallarse documentación al respecto en la historia clínica¹⁴²⁷. Es muy probable que la familia, al seguir el paciente en paradero desconocido, comunicara a la prensa la situación del enfermo ya que su fuga se anunció en la prensa local

¹⁴²⁰ Durante la contienda sólo se fugó un paciente de la institución y, en la posguerra, los pacientes dados de alta por evasión ascendieron a siete. Conseguier Gámez, A. (2013), p.108 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.185.

¹⁴²¹ Heimann, C. (2006), p.451.

¹⁴²² Registro de entradas, salidas y población manicomial en el Manicomio de Conxo (1885-1954) compartido por Emilio González Fernández.

¹⁴²³ Rodríguez Morini, A. (1910).

¹⁴²⁴ Heimann, C. (2006), p.454.

¹⁴²⁵ En la historia XX-170 hemos registrado la presencia de esta documentación en el caso de un paciente alcohólico que había ingresado procedente de la cárcel, en abril de 1906, fugado un año después. En este caso también se comunicó la evasión a la Audiencia Provincial de Madrid. Historia clínica XX-170. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴²⁶ En la historia XX-170 existe un documento dirigido al Juez municipal en el que se comunica la ausencia de foto del paciente en la historia. Por otra parte, en la historia XX-700 hay una relación de las prendas que vestía el paciente en el momento de la fuga escrita por el administrador. Historias clínicas XX-170 y XX-700. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En la posguerra se ha registrado incluso citaciones ante el Juez de los facultativos y empleados del manicomio para que aportaran datos sobre la fuga de un interno. Conseguier Gámez, A. (2013), p. 111.

¹⁴²⁷ Historia clínica XX-700. Archivo histórico del IPSSM José Germain.

gaditana en junio de 1926, dos meses después de salir del Manicomio, en la que se aportaban datos sobre el aspecto físico del paciente, describiéndole como de *"estatura regular, de complexión no muy fuerte, pelo negro, rostro moreno afeitado, ojos grandes y de color azul claro, en la forma de hablar con claro acento cubano"*¹⁴²⁸. Desde que se notificaba la fuga hasta que el paciente era dado de alta administrativa podían pasar varios meses durante los que su plaza era reservada. Tal es el caso del paciente alcohólico que, si bien huyó del Manicomio en abril de 1907, no se le dio de alta hasta enero del año siguiente, como se señaló en su historia clínica:

*"A pesar de los medios puestos en juego tanto oficiales como particulares para la captura de este enfermo han resultado infructuosos y como consecuencia con esta fecha es baja en este Manicomio. Leganés 1º de Enero de 1908"*¹⁴²⁹.

No todas las evasiones terminaban en una salida definitiva de la institución, ya que, hemos registrado tres intentos frustrados de fuga¹⁴³⁰ y seis pacientes que, tras escaparse fueron encontrados y devueltos al Manicomio¹⁴³¹.

La fuga del establecimiento fue considerada como un problema significativo desde su inauguración. En las reglas dictadas al inicio del funcionamiento, en 1852, se restringía la salida de los pacientes al jardín a los momentos en que la Superiora lo determinara, para prevenir posibles fugas¹⁴³². Varios años después, en 1858, se escribieron unas normas para evitarlas por Pedro Gómez de la Serna, si bien sin mucho éxito, ya que las huidas del establecimiento se han documentado desde sus inicios y, concretamente, entre 1853 y 1855 se registraron cuatro evasiones¹⁴³³. Se han descrito incluso fugas en grupo como la del famoso cura Galeote, que consiguió salir de la institución junto a otros alienados en julio de 1898¹⁴³⁴.

En el análisis de las causas de alta registradas entre los pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés, entre 1900 y 1931, nos gustaría destacar el caso de un jornalero, hospitalizado en el Manicomio en 1922, por un "síndrome epiléptico de fondo demencial" que,

¹⁴²⁸ *El Noticiero Gaditano*. (28 de junio de 1926). Año VIII. Número 2415, p.3.

¹⁴²⁹ Es el caso del alcohólico que ingresó en abril de 1906 el cual fue dado de alta administrativa en enero de 1907, a pesar de que se había fugado de la institución en abril del año anterior. Historia clínica XX-170. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴³⁰ Historias clínicas XX-764, XX-768 y XX-990. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En concreto, el paciente correspondiente a la historia XX-990 intentó fugarse en dos ocasiones sin conseguirlo. Finalmente, fue dado de alta por evasión en un nuevo intento protagonizado en 1941, once años después de ingresar.

¹⁴³¹ Historias clínicas XX-257, XX-598, XX-715, XX-766, XX-911 y XX-990. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴³² Mendiguchía Carriche, A. (1955). Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Archivos de Neurobiología*, 18(3), 933-944, p.937; Espinosa, J., Balbo, E. y Peset, J. L. (1994). *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporánea*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés, p.22 y Viota y Soliva, E. (1896), p.40.

¹⁴³³ Villasante, O. (2008), pp.64-65. Este dato es también más bajo que el registrado en el Manicomio de Zaragoza entre los años 1861 y 1878, periodo temporal en el que se fugaron 60 pacientes de la institución. Rodríguez Pérez, E. (1980), p.67.

¹⁴³⁴ Sobre el proceso penal del cura Galeote se puede consultar: Campos, R. (2003). Criminalidad y locura: el cura Galeote. *Frenia*, 3(2), 111-145.

trece años después, fue dado de alta tras renunciar a su plaza de beneficencia por petición propia¹⁴³⁵. Conviene señalar que, en el momento en que se tramitó esta salida, ya estaban reguladas, por el Artículo 27 del decreto de Julio de 1931, las altas voluntarias, si bien éstas solo podían ser concedidas en aquellos casos en los cuales el ingreso hubiera sido igualmente por propia voluntad¹⁴³⁶. En años posteriores a la publicación de dicha legislación, tan sólo se registraron cinco casos más de salida de la institución por petición del propio paciente, dato que, junto al hecho de que sólo se observara un ingreso voluntario entre 1931 y 1952, muestra, como ya se ha señalado, la casi nula repercusión asistencial de una de las innovaciones fundamentales del Decreto de 1931: la voluntad del paciente¹⁴³⁷.

Por último, subrayar que algunas de las salidas se concedieron en contra del criterio médico, como el estudiante peruano que ingresó en el Manicomio el 13 de mayo de 1921. Este joven de 27 años de edad, pensionista de primera clase, con el diagnóstico de esquizofrenia fue dado de alta un mes después, tras solicitarlo el Consulado de su país¹⁴³⁸.

Si analizamos las causas de alta en función del sexo (figura 33), se observa que los varones recibieron más altas que las mujeres en todos los motivos de salida, excepto en el caso de permiso temporal, en el que las altas fueron mayores entre las mujeres (52,4%).

¹⁴³⁵ Historia clínica XX-662. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴³⁶ Nuevo decreto para la asistencia a los enfermos mentales. (2000). [1931]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181–188. Artículo 27. En la legislación previa no se encontraban contempladas este tipo de salidas de las instituciones psiquiátricas. Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. *Gaceta de Madrid*, 141 (21 de mayo de 1885), p. 511.

¹⁴³⁷ Tierno, R. (2008), p.114.

¹⁴³⁸ Historia clínica XX-752. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

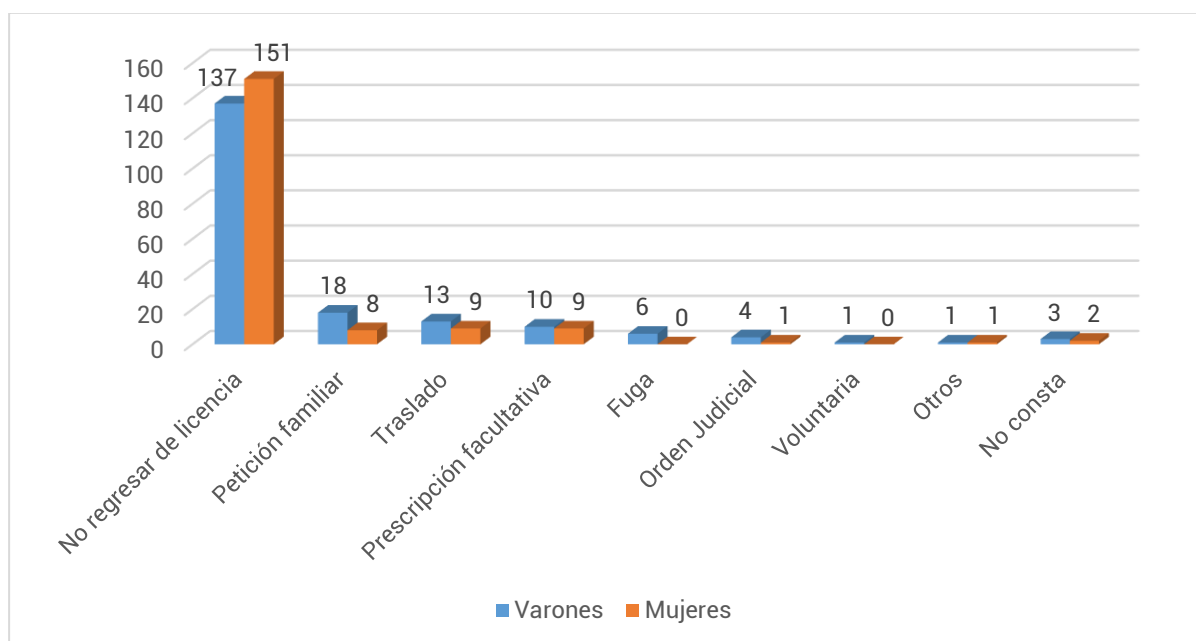


Figura 33. Distribución por sexo de las causas de alta en el Manicomio Nacional de Leganés, excluida la defunción (1900-1931). N=374

La situación clínica de los pacientes a la salida de la institución

La información sobre el estado clínico de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés entre 1900 y 1931 en el momento del alta se ha extraído de las anotaciones y evolutivos presentes en cada historia clínica, si bien algunos no constan por estar éstas escasamente cumplimentadas. Hemos agrupado la situación clínica al alta en diversas categorías que incluyen, además de la defunción (64%), el estado de curado-remisión, la mejoría, no curado y no enfermedad mental.

En la figura 34 se observa como del 36% restante de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés entre 1900 y 1931, una vez excluido el fallecimiento, el 8,5% habían mejorado en el momento de su salida de la institución y, el 3,3% estaban curados o habían remitido de su enfermedad. En un 1% no se objetivaron síntomas o signos de patología al alta y, por último, un 6% de los pacientes salieron del establecimiento sin estar curados.

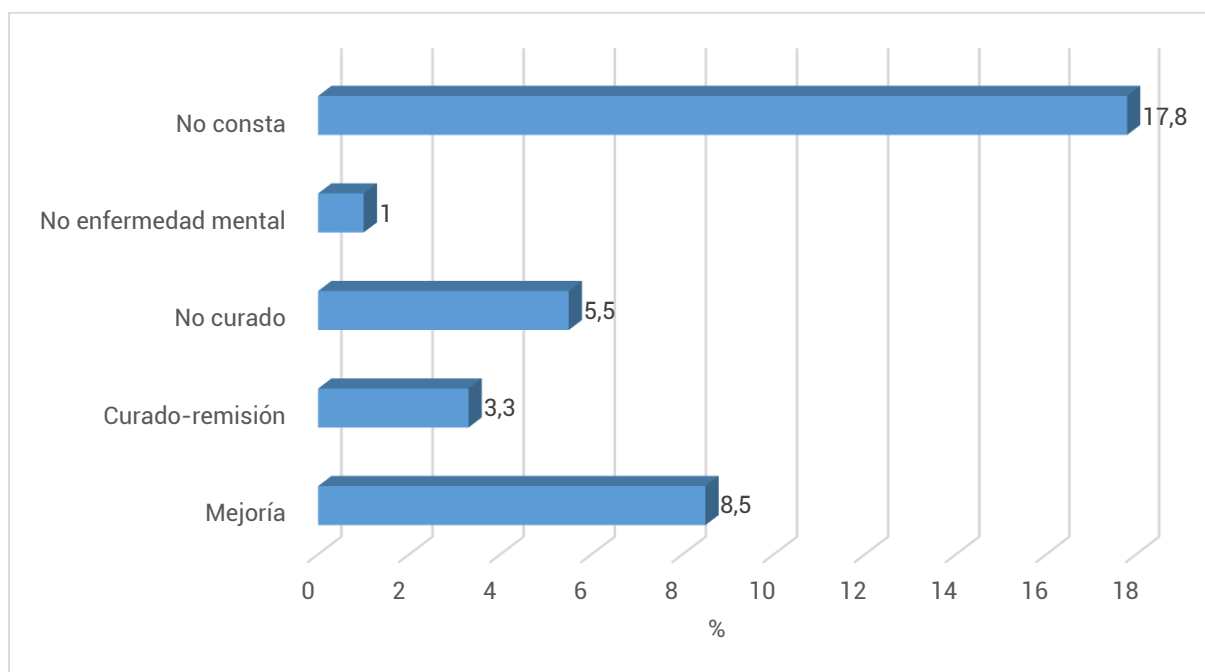


Figura 34. Situación clínica de los pacientes, excluida la defunción, en el momento del alta hospitalaria en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931). N=374

En el Manicomio de Córdoba, entre 1900 y 1940, un 6,8% de los pacientes fueron dados de alta por alivio y/o remisión de su enfermedad¹⁴³⁹. Por otra parte, en un lugar geográficamente bien distinto, Sant Boi de Llobregat, Rodríguez Morini tan solo señalaba, para el año 1908, un 3% de altas por mejoría o curación, porcentaje inferior al registrado en Leganés, institución en la que se curaron o mejoraron 10 pacientes, lo que corresponde a un 26% del total de altas para ese año¹⁴⁴⁰. Durante la guerra, en Santa Isabel, fueron dados de alta por curación o remisión un 7% de los enfermos¹⁴⁴¹ y, en la posguerra, esta cifra aumentó hasta el 8% para las curaciones y el 21% del total para las remisiones¹⁴⁴². Conviene señalar que estos datos contienen las altas totales de la institución, independientemente del año de ingreso, al proceder del análisis de los partes estadísticos realizados en el Manicomio de Leganés a partir de 1931, información inaccesible en nuestro periodo, debido a la ausencia de estas fuentes durante las tres primeras décadas del siglo XX.

Según publicaba Salas y Vaca, a finales de la década de los veinte, las altas del manicomio por "relativa remisión" de los veinte años previos se contaban, aproximadamente, entre el 7%

¹⁴³⁹ Ruiz García, C. (2011), pp.233-234.

¹⁴⁴⁰ Rodríguez Morini, A. (1910), p.322.

¹⁴⁴¹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.183.

¹⁴⁴² Conseglieri Gámez, A. (2013), p.106.

y el 10%¹⁴⁴³, porcentaje algo inferior al que hemos registrado. Estas diferencias se pueden deber a distintas apreciaciones sobre el contenido de las historias clínicas o, al hecho de que nuestros datos se refieren, como hemos apuntado, tan solo a los pacientes que ingresaron en el periodo comprendido entre 1900 y 1931, pero no incluyen la población total manicomial.

Al analizar la situación clínica al alta de los pacientes ingresados en Santa Isabel a lo largo de nuestro periodo de estudio en función del sexo (figura 35), se observa que, si bien no existen grandes diferencias, las mujeres fueron dadas de alta más frecuentemente con mejoría de su enfermedad (11,6% frente al 6,1% de los varones que mejoraron), mientras que entre la población masculina fue más frecuente salir de la institución sin estar curado (6,6% de los varones frente al 3,9% de las mujeres).

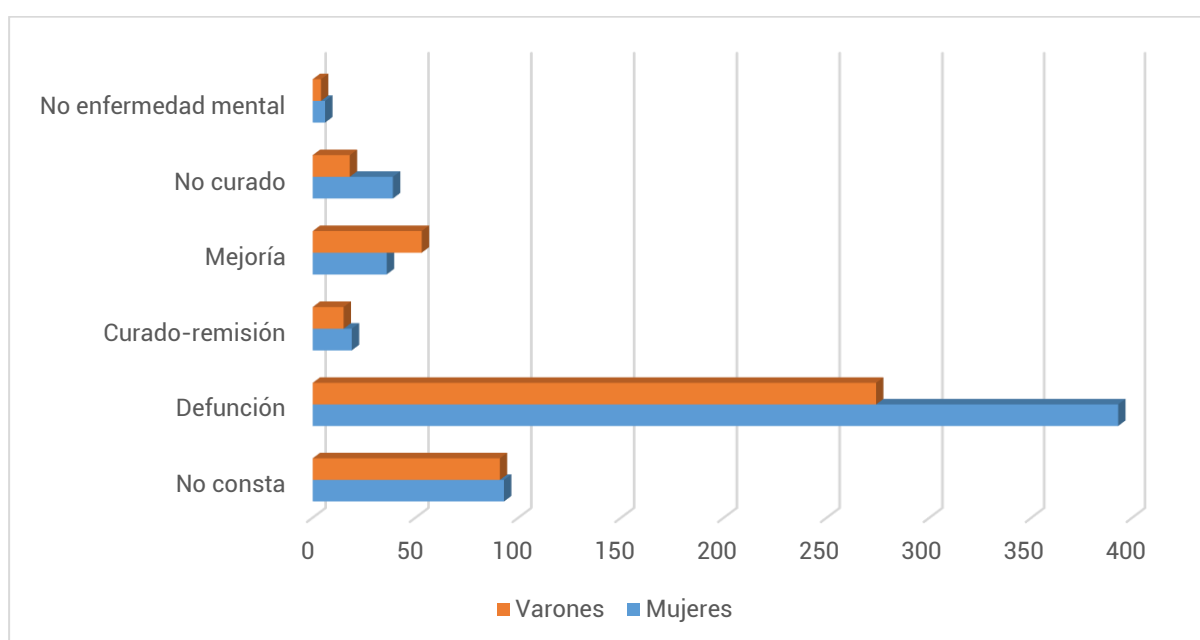


Figura 35. Situación al alta de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés en función del sexo (1900-1931). N=1041

Si comparamos el estado clínico al alta por categoría de ingreso-beneficencia y pensionista (figura 36), encontramos que estos últimos salían de la institución como curados o mejorados de su afección, en un porcentaje superior a los pacientes pobres. De todos los pacientes que ingresaron en categoría de pensionista, un 3.5% fueron dados de alta curados y un 9.7% habiendo mejorado, porcentajes mayores que los registrados entre los internados en beneficencia (2.8% y el 6.7% respectivamente). De hecho, los pensionistas supusieron más

¹⁴⁴³ El director de Leganés señalaba, en sendas publicaciones de los años veinte, cifras de altas por mejoría/remisión de aproximadamente el 7%. Véase: Salas y Vaca, J. (1924a), p.13 y Salas y Vaca, J. (1929), p.38. En 1929, en una entrevista concedida al diario *El Heraldo de Madrid*, apuntaba un 9-10% de altas, algunas "condicionales". Consúltense: *El Heraldo de Madrid* (29 de abril de 1929), p.9.

de dos terceras partes de todos los pacientes curados o mejorados (el 70,6% de los pacientes curados y el 73% de los que se dieron de alta por mejoría ingresaron en la categoría de pensionista). Así mismo, los pacientes pobres eran dados de alta por fallecimiento de forma más frecuente (75,6% del total de ingresos en beneficencia) que los que pagaban por su estancia en el Manicomio (57.8%).

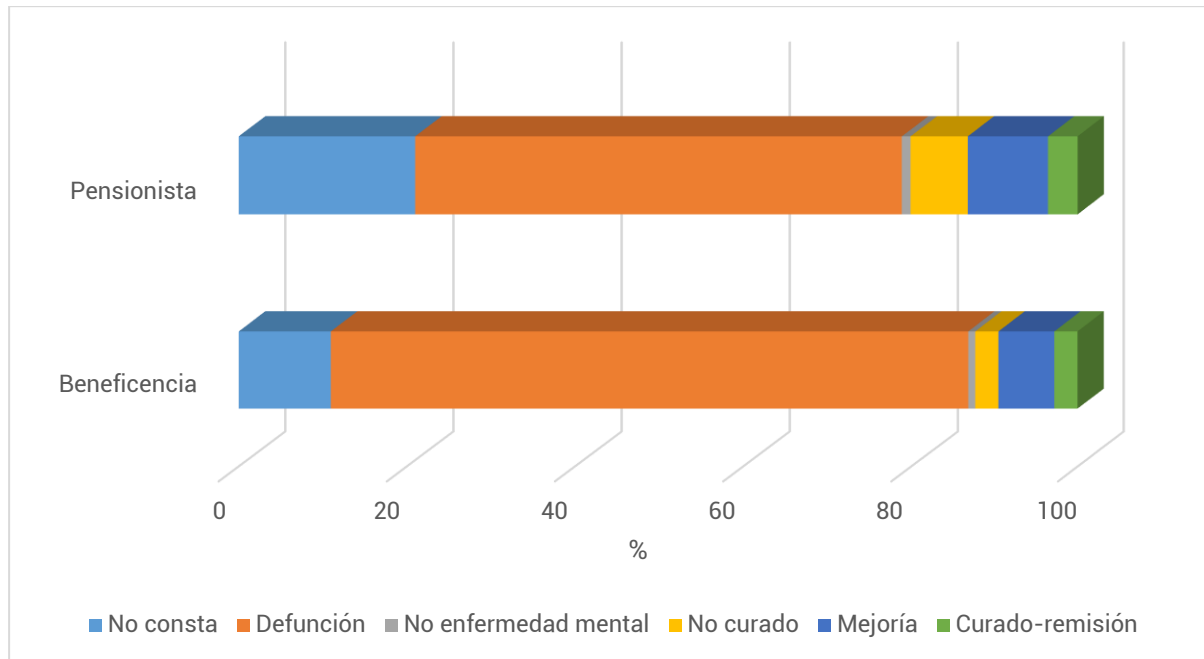


Figura 36. Situación al alta de los pacientes según la categoría de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931). N=1041

LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA

Es de sobra conocido que, a finales del siglo XIX, España vivía una grave crisis económica, política y social, entre otras cuestiones, por la derrota frente a EEUU en 1898, que acabó con las últimas colonias transoceánicas de la monarquía hispana. Esta situación, en opinión de Rodríguez Ocaña, fue el revulsivo que cristalizó el malestar de los diversos estratos de la nación, de manera que, la mortalidad en el primer decenio del siglo XX era calificada como vergonzosa en comparación con los vecinos europeos¹⁴⁴⁴. Así, en 1900 la mortandad española reducía la esperanza de vida al nacer a unos 33,8 años para los hombres y 35,1 para las mujeres, con niveles inferiores en 15 años a la media de los países de Europa

¹⁴⁴⁴ Rodríguez Ocaña, E. (1994). La salud pública en España en el contexto europeo (1890-1925). *Revista de Sanidad E Higiene Pública*, 68, 11-27, pp.11-13.

occidental¹⁴⁴⁵. A lo largo del primer tercio del siglo XX se objetivó un progresivo descenso en la tasa de mortalidad española, pasando desde cerca de 30 por mil para acercarse a los 15 por mil, con un pico de aumento en 1918, coincidiendo con la pandemia de gripe¹⁴⁴⁶. Esta disminución se produjo, entre otros factores, gracias a la mejora en las condiciones ambientales de la población como la potabilización del agua o la higiene de los alimentos, así como al progreso en cuestiones de asistencia sanitaria y educación¹⁴⁴⁷. Así mismo, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas fue superior a la producida por enfermedades no infecciosas en las primeras décadas del siglo¹⁴⁴⁸, si bien, a lo largo del primer tercio del siglo XX se objetivó una progresiva disminución de la primera que fue sustituida progresivamente por la segunda¹⁴⁴⁹. La intensa y rápida caída de la mortalidad se tradujo en un aumento en la esperanza de vida que pasó de los poco más de treinta años en el año 1900 a aproximadamente 50 años, en 1930¹⁴⁵⁰.

En las últimas décadas han visto la luz trabajos que han abordado, entre otras cuestiones, la mortalidad en diversas instituciones psiquiátricas como el Manicomio de Valencia¹⁴⁵¹ o la propia Casa de Santa Isabel de Leganés¹⁴⁵² a lo largo de diferentes periodos temporales, si bien, no hemos registrado ningún estudio que analice la mortalidad general en la población

¹⁴⁴⁵ Cabré, A., Domingo, A. y Menacho, T. (coords.). (2002). Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En M. Pimentel Siles (ed.). *Mediterráneo Económico, 1, Monográfico: Procesos Migratorios, economía y personas* (pp.121-138). Almería: Caja Rural Intermediterránea. España necesitaba 436 años para duplicar su población mientras que Alemania, Inglaterra o Italia solo precisaban 133, 166 o 184 años respectivamente. Véase: Rodríguez Ocaña, E. (1994), p.1-3.

¹⁴⁴⁶ Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Revista Española de Salud Pública, 70*, 221-233, p.224. La pandemia de gripe tuvo una gran repercusión en la mortalidad general española cobrándose más de 700000 muertes en 1918. Blanes Llorens, A. (2007). *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Universitat Autònoma de Barcelona. Sobre la pandemia de gripe en España se puede consultar: Echeverri Dávila, B. (1993). *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: CIS y, a propósito de la misma en la capital de España: Porras Gallo, M. I. (1994). *Una ciudad en crisis. La epidemia de gripe en 1918-19 en Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

¹⁴⁴⁷ Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996), pp.222-226; Bernabeu Mestre, J. y Piñero, L. (1987). Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente. *Boletín de La Asociación de Demografía Histórica, 5*(2), 70-79.

¹⁴⁴⁸ En 1900 la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas era de 446 defunciones por 100000 habitantes. Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996), p.225.

¹⁴⁴⁹ Comenzaba entonces en nuestro país lo que se definiría como la transición demográfica o epidemiológica, concepto que describe el paso de tasas elevadas de mortalidad y fecundidad propias de sociedades preindustriales en torno a 40-50 por mil y esperanzas de vida al nacer que no superaban los 30 años, a tasas bajas características de sociedades modernas en torno a 10 por mil y esperanzas de vida al nacer superiores a los 70 años. Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996), p.221. Junto con una reducción de la mortalidad infanto-juvenil y el consiguiente aumento de la esperanza de vida al nacer, se pasó desde una etapa donde eran las enfermedades infecciosas la principal causa de muerte a otra donde éstas fueron reemplazadas por las no infecciosas. Sobre la transición demográfica se puede consultar: Díez Nicolás, J. (1971). La transición demográfica en España. *Revista de Estudios Sociales, 1*, 89-118; Revenga Arranz, E. (1980). La transición demográfica en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 10*, 233-240; Arango, J. (1980). La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 10*, 169-198 y Bernabeu Mestre, J., Robles González, E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y transición sanitaria. *Política y Sociedad, 35*, 45-54.

¹⁴⁵⁰ Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996), pp.224-225 y Carreras, A. y Tafunell, X. (2005). Esta evolución en la esperanza de vida ha estado condicionada principalmente por los riesgos de morir en la infancia. Blanes Llorens, A. (2007), p.120.

¹⁴⁵¹ Heimann, C. (1994); García Rodríguez, M. A. (2003). *El manicomio de Valencia en el siglo XIX*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, Valencia.

¹⁴⁵² Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012); Conseglieri Gámez, A. (2013) y Tierno, R. (2008).

psiquiátrica hospitalizada española. En el presente apartado nos proponemos examinar las tasas de mortalidad específicas para la población ingresada en Leganés en el primer tercio del siglo XX, comparándolas con las registradas en la población general y en otras instituciones manicomiales coetáneas. Para ello hemos utilizado como fuente principal los datos sobre dinámicas poblacionales en las instituciones psiquiátricas españolas ofrecidos por el Fondo documental del INE, donde se puede acceder a las estadísticas de la población a fecha de 1 de enero, ingresos totales por año, salidas, defunciones y población existente a finales de año, para el periodo comprendido entre 1915 y 1930, de numerosos manicomios españoles, entre los que se encuentra el de Santa Isabel¹⁴⁵³.

La mortalidad en el Manicomio de Leganés

En Leganés se produjeron 552 muertes del total de 905 altas dadas entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, en las que se incluyen las defunciones de los 423 pacientes ingresados en el período de estudio más los 129 que, internados en el XIX, fallecieron durante estas tres décadas¹⁴⁵⁴. Los años de más defunciones registradas fueron 1906 con 25 fallecimientos y 1901 y 1928, durante los que fallecieron 24 pacientes. En la figura 37 se puede observar la evolución del número de defunciones por año en el Manicomio de Leganés a través de dos fuentes distintas: las historias clínicas y el INE.

¹⁴⁵³ Fondo documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930. <http://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tnp=25687> [consultado el 1 de junio de 2016].

¹⁴⁵⁴ Este análisis ha sido posible gracias a los datos, sobre los pacientes fallecidos entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, ingresados antes de 1900, vertidos en la tesis doctoral de Encarnación Mollejo. Véase: Mollejo Aparicio, E. (2001).

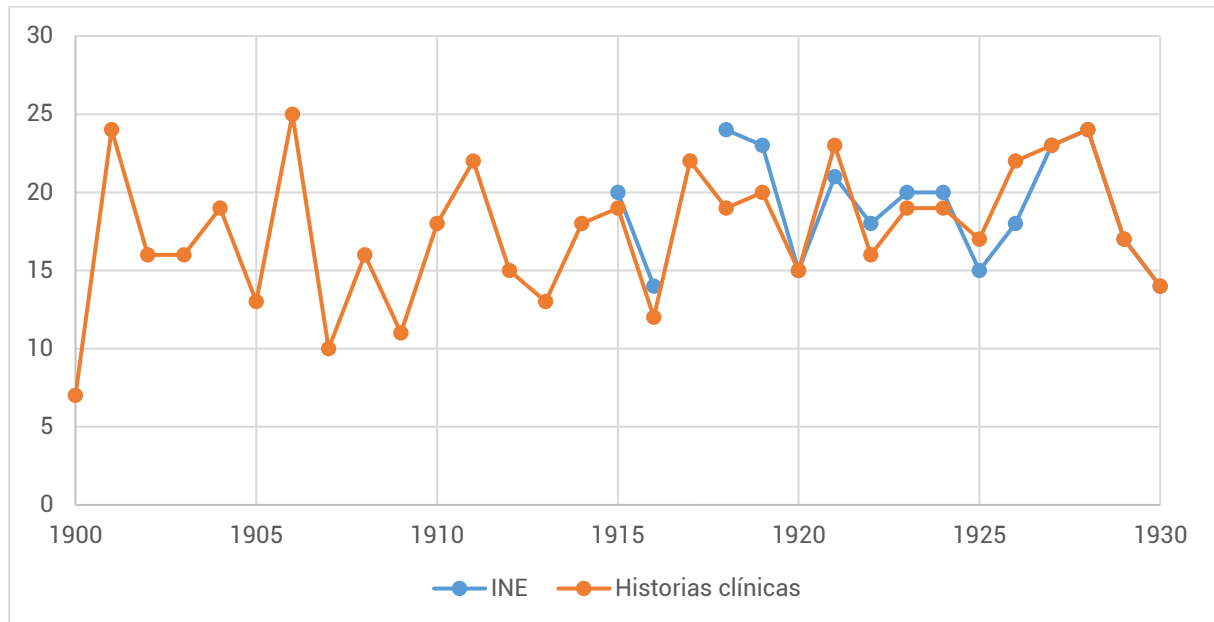


Figura 37. Comparación del número de defunciones por año en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1900-1930) según las historias clínicas (N=552) y el INE (N=286)¹⁴⁵⁵

De ese modo, el análisis de la tasa de mortalidad en la institución ha sido realizado a partir de las citadas fuentes; por un lado, hemos estudiado esta tasa con la información de las historias clínicas (número de defunciones anuales con la población manicomial ya apuntada previamente que supone una muestra de 552 pacientes) y, por otro, a partir de las estadísticas del INE, cuyos datos tan solo están disponibles desde 1915 hasta 1930, exceptuando 1917, que constituyen una muestra de 286 defunciones. Además, es de interés contrastar los datos oficiales con los apuntados por Salas y Vaca en su obra *Mejoras realizadas en el Manicomio Nacional*¹⁴⁵⁶. Los resultados obtenidos entre las dos fuentes difieren tan solo ligeramente, excepto en el pico de mortalidad ocurrido, según el INE, en el año 1919, tal y como se puede observar en la figura 38.

¹⁴⁵⁵ En el Fondo documental del INE tan solo se pueden consultar los datos de fallecidos para los años de 1915 a 1930, excepto los correspondientes a 1917 que están ausentes. Véase: Anuarios estadísticos 1915-1930. Fondo documental del INE.

¹⁴⁵⁶ Salas y Vaca, J. (1929), p. 38.

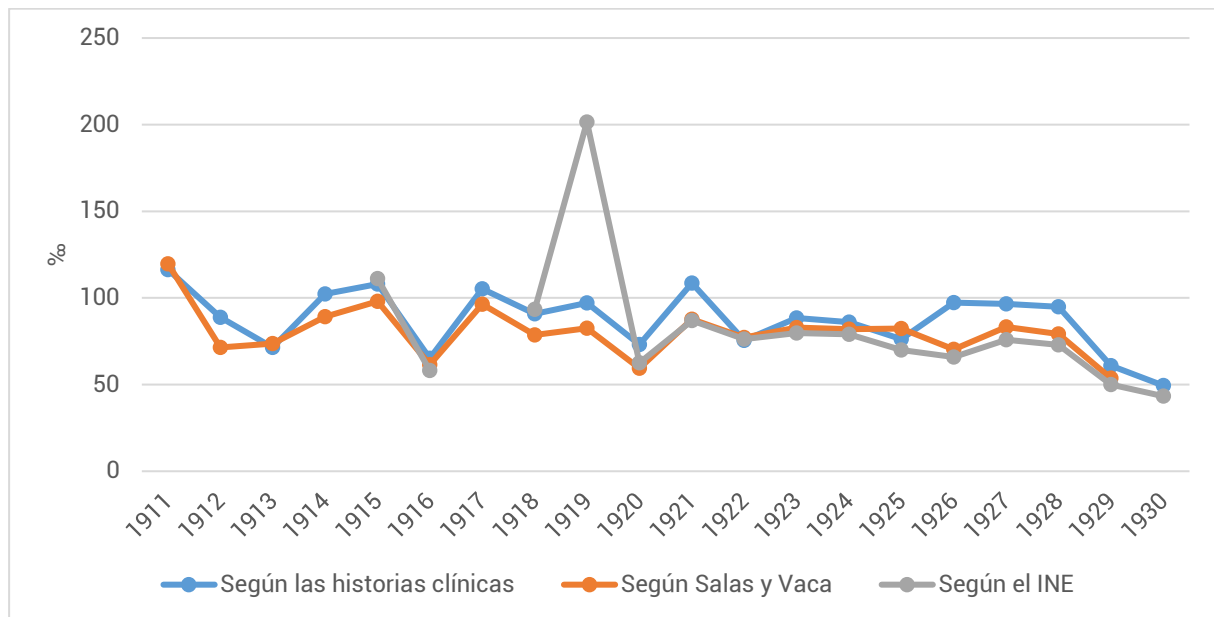


Figura 38. Comparación de las tasas de mortalidad del en el Manicomio de Leganés (1911-1930) según diferentes fuentes

Se objetiva como la tasa de mortalidad en Leganés sigue una línea descendente, al igual que la tasa de mortalidad general para la población española, situándose la mayor parte del tiempo entre 60 y 100 fallecimientos por mil habitantes/año. Según el INE, en 1919 ésta ascendió a 201 por mil habitantes, si bien este dato no coincide con el análisis. Hemos calculado esta tasa con los valores de población al principio y final de 1919 y el número de defunciones que aporta el propio INE obteniendo un resultado para la tasa de mortalidad de 111,92‰, similar a la ofrecida por las otras fuentes, desconociendo el origen de tal discrepancia. Aunque este posible aumento de la mortalidad coincide con la pandemia de gripe que asoló el país en el bienio de 1918 y 1919, entre los 36 pacientes que fallecieron esos años, tan sólo hemos registrado 6 muertes por infecciones respiratorias, de las cuales dos eran tuberculosis.

La edad media de defunción fue de 48,71 años (DE 15,62)¹⁴⁵⁷, siendo la menor una niña de 8 años que ingresó en agosto de 1925 con diagnóstico de epilepsia degenerativa y falleció al día siguiente por "epilepsia"¹⁴⁵⁸ y la mayor una mujer, diagnosticada de demencia, que murió por "agotamiento físico" en 1903, cuatro años después de ingresar, cuando contaba con 90 años de edad¹⁴⁵⁹. Si analizamos la edad media de defunción en función del sexo se observan valores superiores para las mujeres. Los hombres fallecieron a una edad media de 46.21 años

¹⁴⁵⁷ Este valor es superior al registrado en estudios realizados con los pacientes de la posguerra, entre los que la edad media de los fallecidos fue diez años menor. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.121. También es mayor al observado entre los pacientes ingresados en el Manicomio de Valencia, donde la edad media entre los fallecidos se situó en los 46 años de edad. Heimann, C. (2006), p.439.

¹⁴⁵⁸ Historia clínica XX-757. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴⁵⁹ Historia clínica XIX-1175. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

(DE 14,82), mientras que las mujeres lo hicieron a los 52.55 años de edad (DE 16,06), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, datos que son similares a los obtenidos por el estudio realizado con los pacientes ingresados durante la guerra civil española¹⁴⁶⁰. La mediana de la edad de fallecimiento fue de 48,05 años con un rango intercuartílico situado entre 37,14 y 59,75 años.

Más del 60% de los pacientes que fallecieron en el establecimiento en las tres primeras décadas del siglo XX tenían entre 30 y 60 años de edad, seguidos de aquellos que murieron entre los 61 y los 70 años que conformaron el 14,4 % del total de fallecidos (figura 39).

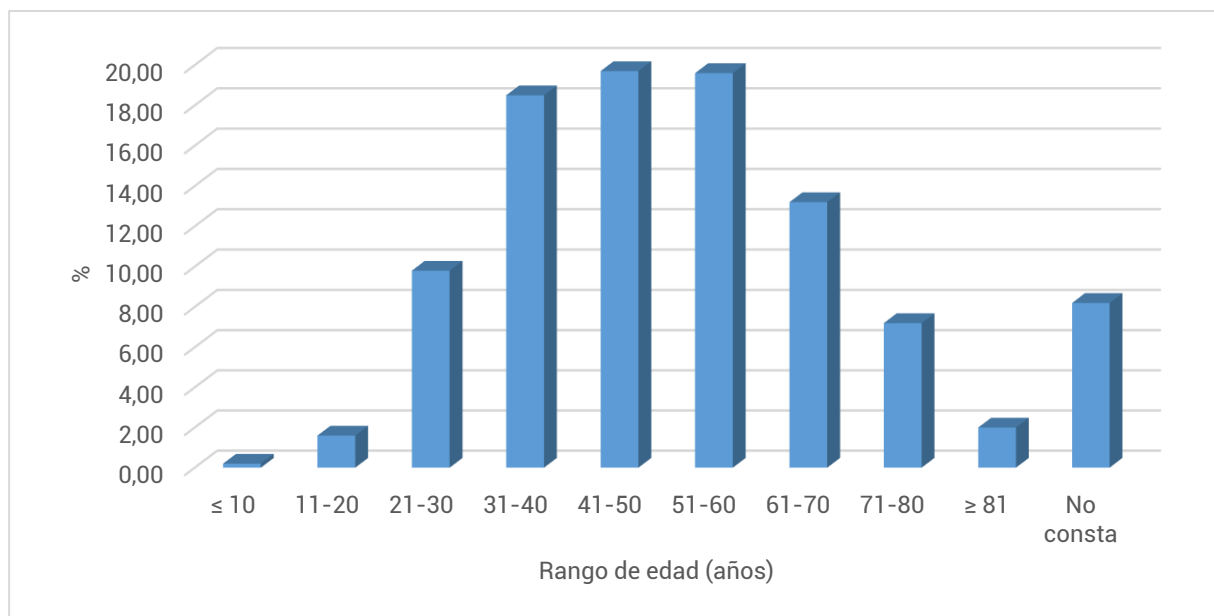


Figura 39. Edad de los pacientes que fallecieron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) N=552¹⁴⁶¹

En el estudio de los datos sobre mortalidad en función del sexo, obtenidos de las estadísticas del INE¹⁴⁶², se observa como la mortandad femenina fue mayor a finales de la segunda y de la tercera década del siglo XX, predominando la masculina entre 1921 y 1925 (figura 40).

¹⁴⁶⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.186.

¹⁴⁶¹ No hemos podido calcular la tasa de mortalidad por grupos de edad debido a que no disponemos de la población total por edades en el establecimiento.

¹⁴⁶² No hemos podido realizar el análisis de los índices de mortalidad en función del sexo a partir de las historias clínicas debido a que no disponemos de los datos sobre la población manicomial dividida por género.

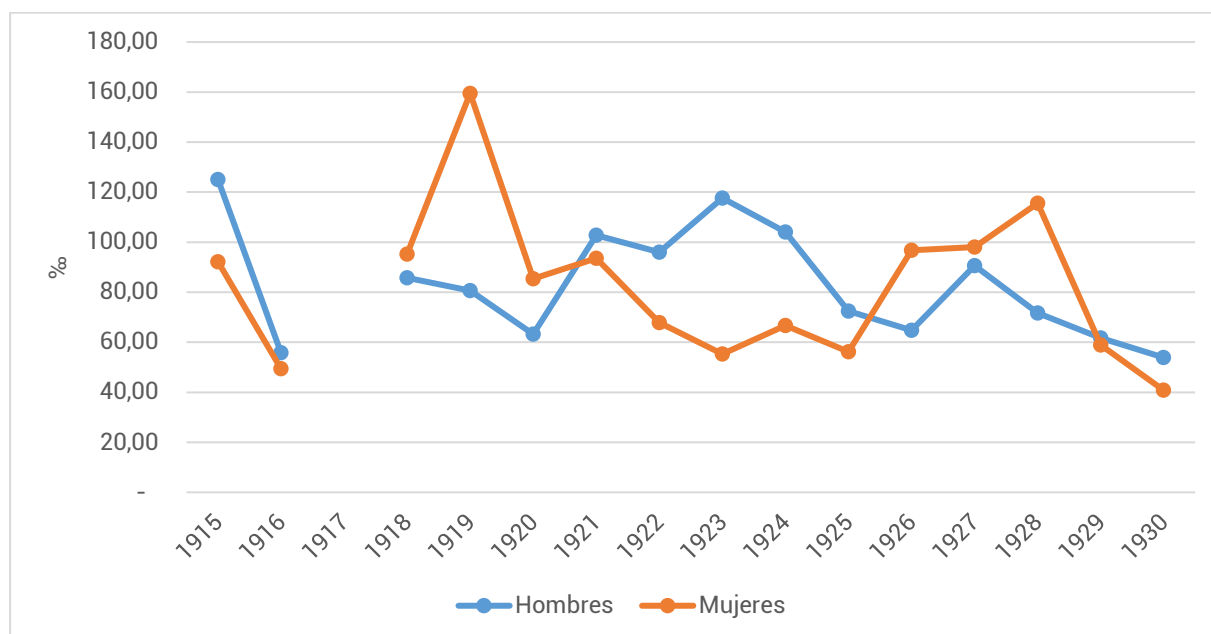


Figura 40. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés según el sexo (1900-1931) (N=286). Fuente: Fondo documental del INE

De los 552 pacientes que murieron en las tres primeras décadas del siglo XX en el Manicomio, 334 eran varones (60,5%) y 218 mujeres (39,5%)¹⁴⁶³. La tasa mayor de defunción para las mujeres tuvo lugar en el año 1919 con un 159% y la menor en 1930 momento en que disminuyó hasta 40,81%.

Los hombres alcanzaron su mayor tasa de mortalidad en 1915 con 125% y la menor también en 1930 con 53,89%. Posteriormente, la mortalidad masculina en el Manicomio de Leganés fue mayor que la femenina, a excepción de los años 1937, 1941 y 1951¹⁴⁶⁴.

Más muertes en el departamento de beneficencia

De las 552 altas por defunción entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, 255 (46,2%) corresponden a la categoría de beneficencia (de un total de 341 salidas de internos en clase de pobres) y 283 (51,3%) a la de pensionista (de un total de 549 altas de pacientes privados) -en la que hemos incluido pensionista de primera, pensionista de segunda clase y pensionista no especificado-. En 14 pacientes (2,5% de las altas por fallecimiento) se desconocía la categoría de ingreso.

¹⁴⁶³ A lo largo del siglo XIX el porcentaje de varones entre los fallecidos fue mayor. Así, de un total de 1183 ingresos entre 1852 y 1896, 602 fueron dados de alta por fallecimiento, 430 varones y 123 mujeres. Viota y Soliva, E. (1896), p.167.

¹⁴⁶⁴ Tierno Patiño, R. (2008).

En la figura 41 se puede observar cómo el número de fallecimientos entre los pensionistas siguió un curso ascendente a lo largo del periodo de estudio, sin duda, relacionado con el aumento de los pacientes privados que se produjo en la década de los veinte tras las reformas de la institución.

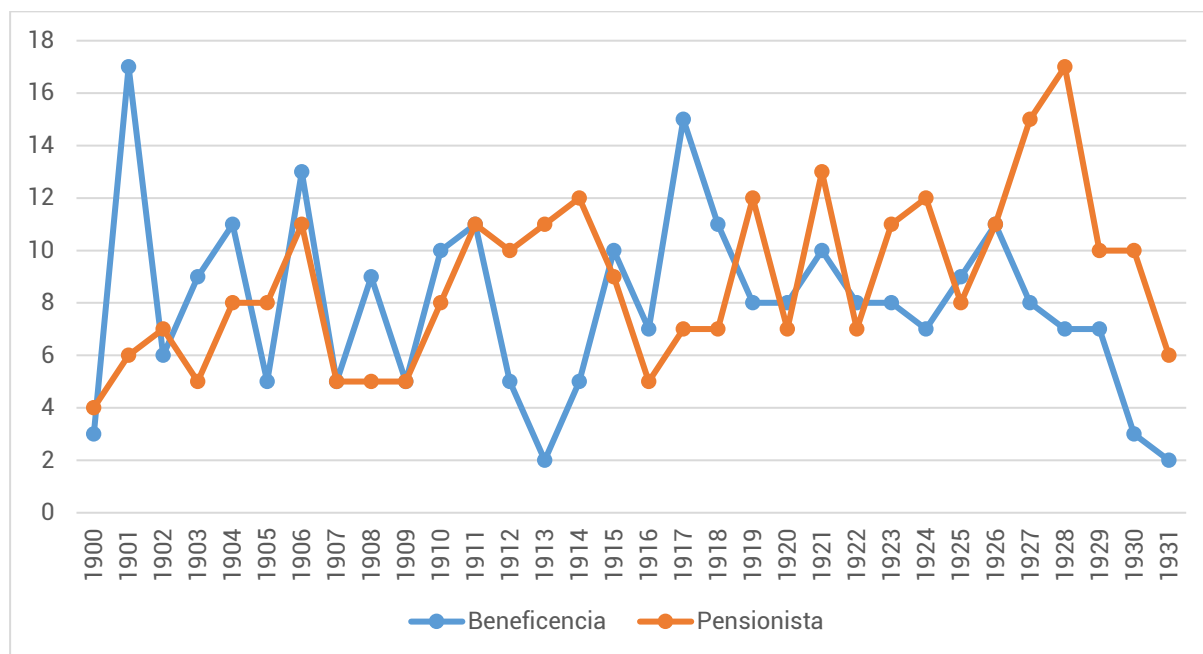


Figura 41. Número de defunciones por año ocurridas entre 1900 y 1931 en el Manicomio Nacional de Leganés según la categoría de ingreso

Si bien no disponemos de los datos necesarios para el análisis de las tasas de mortalidad en función de la categoría de ingreso para todo el periodo de estudio, debido a la ausencia de información sobre la clasificación administrativa de la población manicomial, si hemos podido calcular la tasa de mortalidad mensual para la horquilla temporal entre 1916 y 1919¹⁴⁶⁵. Se observa, al igual que en otras épocas de la institución como la posguerra¹⁴⁶⁶, una mayor mortandad entre los pacientes pobres (figura 42).

¹⁴⁶⁵ Este cálculo se ha realizado con los datos aportados por las fichas estadísticas archivadas en el Archivo General de la Administración donde figuran, para el citado periodo temporal, la población, ingresos y salidas mensuales divididos por categoría y sexo.

¹⁴⁶⁶ Consiglieri Gámez, A. (2013), p.120. La mayor mortalidad entre los pacientes que no pagaban por su estancia también se ha descrito en instituciones extranjeras. Suzuki, A. (2003). A brain hospital in Tokyo and its private and public patients. 1926-45. *History of Psychiatry*, 14(3), 337-360, p.349.

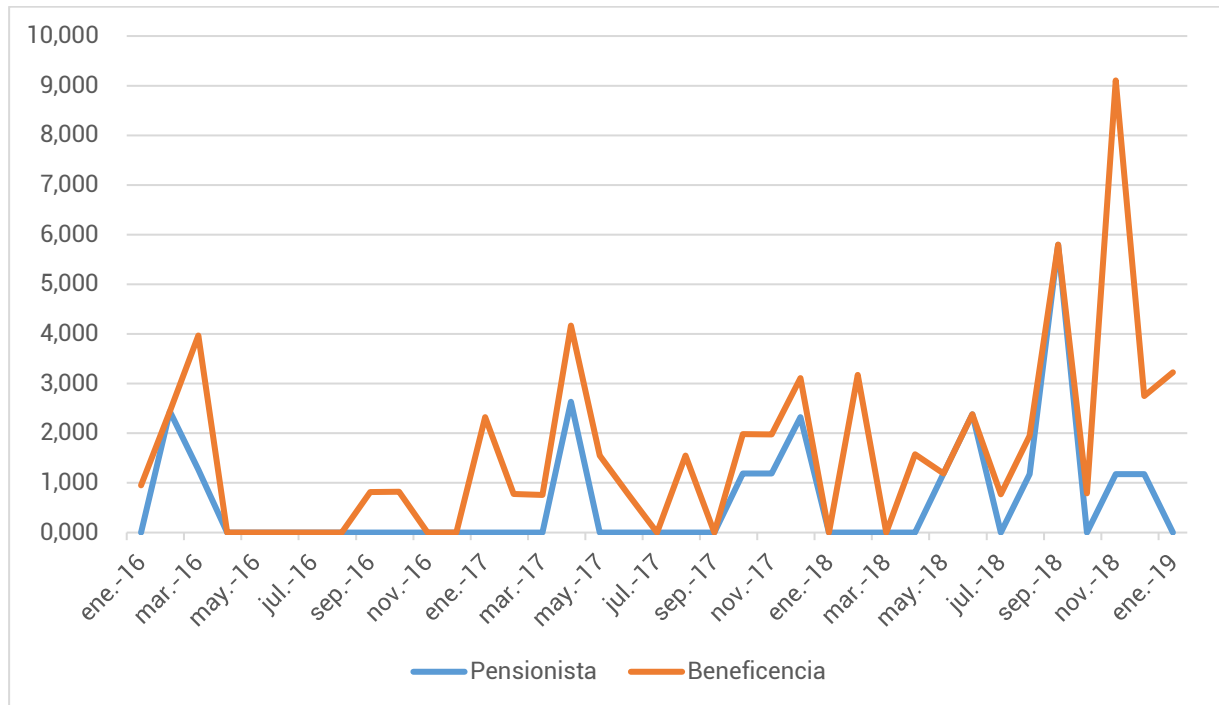


Figura 42. Tasas de mortalidad mensual por cada cien ingresados/año según la categoría de ingreso (1916-1919). Fuente: Archivo General de la Administración

Mortalidad en otros establecimientos psiquiátricos españoles

Para el análisis comparativo de la mortalidad en Leganés, en relación con el resto de la población manicomial española (figura 43), hemos utilizado exclusivamente los datos del INE. Por lo general, la mortalidad en Santa Isabel fue inferior a la media de los manicomios españoles y siguió una línea descendente al final, cuestión en la que difiere de la mortalidad general manicomial.

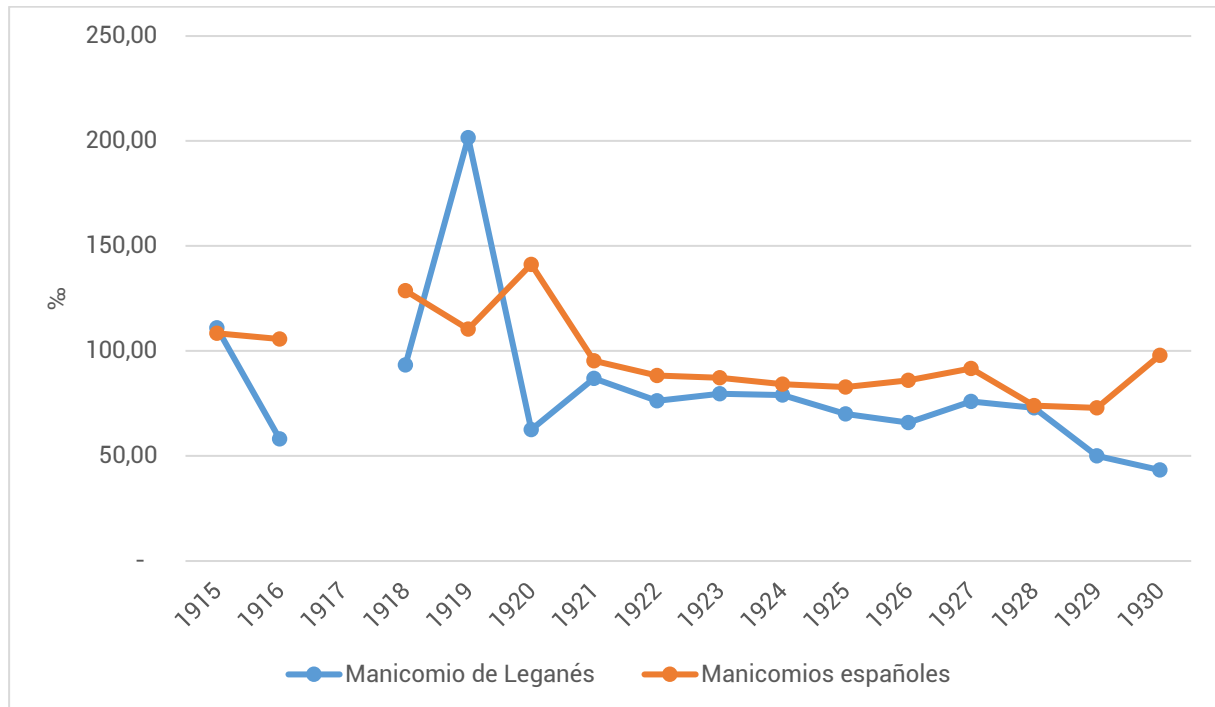


Figura 43. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada con la observada en el conjunto de manicomios a nivel nacional (1915-1930). Fuente: Fondo documental del INE¹⁴⁶⁷

Si bien las cifras de mortalidad en Santa Isabel mostraron una disminución desde tasas por encima de 100% hasta cifras menores a 50%, en todo momento fueron superiores a las de la población general española, que también experimentó un descenso sostenido a lo largo del primer tercio del siglo XX, pasando desde cerca de 30% hasta acercarse a los 15%, exceptuando, como ya se ha mencionado, la pandemia gripal (figura 44)¹⁴⁶⁸.

¹⁴⁶⁷ La mortalidad general en los Manicomios españoles se ha obtenido realizando el promedio a partir de los datos de mortalidad específica de las distintas instituciones psiquiátricas españolas que se encuentran en el INE. Así, figuran los movimientos de dementes en los Manicomios de las provincias de Alicante, Badajoz, Barcelona, Bilbao, Cádiz, Ciudad Real, Córdoba, La Coruña, Gerona, Granada, Guadalajara, Huesca, Jaén, Logroño, Málaga, Murcia, Oviedo, Palencia, Palma de Mallorca, Las Palmas de Gran Canaria, Pamplona, Salamanca, San Sebastián, Santa Cruz de Tenerife, Segovia, Sevilla, Tarragona, Teruel, Toledo, Valencia, Valladolid, Vitoria y Zaragoza. También se han podido registrar datos concretos sobre los Manicomios del Dr. Esquerdo, Sant Boi de Llobregat, Pere Mata en Reus, Tarragona y Conxo en Santiago. Es importante señalar que no se disponen de los datos de cada una de las provincias o establecimientos para todos los años, por lo que las medias han sido realizadas con la información disponible en cada momento. Fondo Documental del INE. Anuarios estadísticos 1915-1930.

¹⁴⁶⁸ Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996), p. 224. La tasa bruta de mortalidad para el periodo de 1901 a 1910 fue de 24,4%, entre 1911 y 1920 disminuyó a 23,5% y para el periodo de 1921 a 1930 fue de 14,3%. Véase Blanes, A., Gil, F. y Pérez, J. (1996). *Población y actividad en España. Evolución y perspectivas*. Barcelona: La Caixa. Servicio de estudios, p.21.

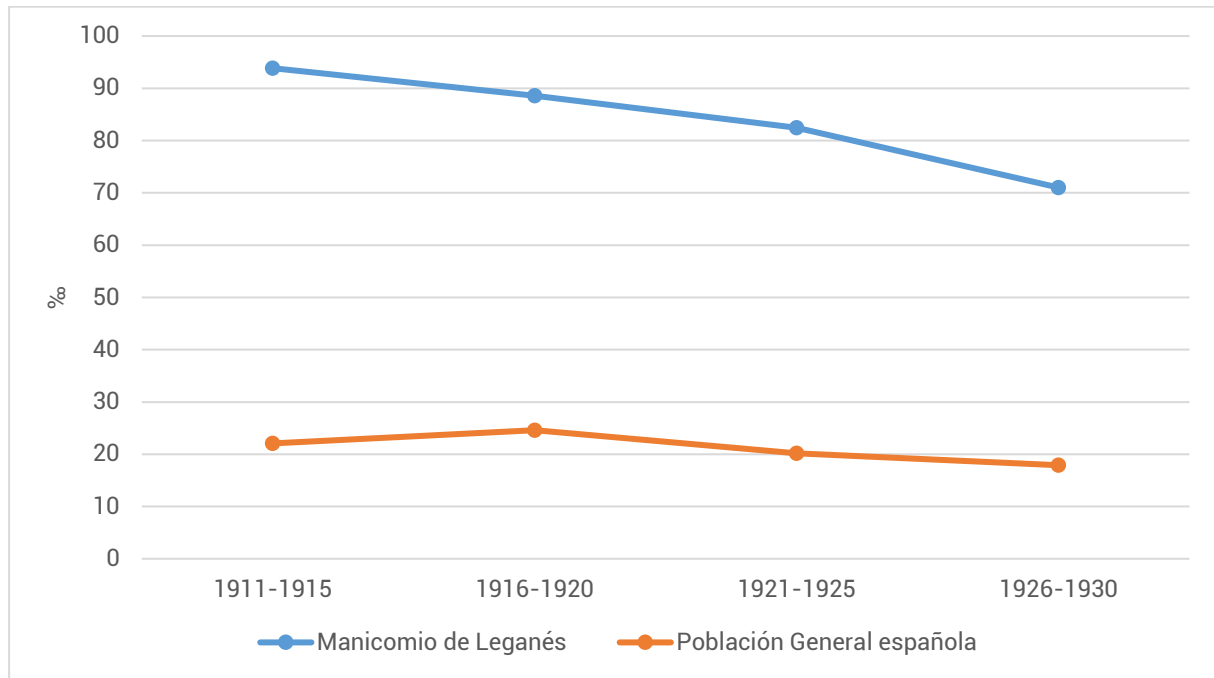


Figura 44. Comparación de las tasas de mortalidad en el Manicomio de Leganés y la población general española (1915-1930)¹⁴⁶⁹

Posteriormente la mortalidad en Leganés seguiría por encima de aquella, de manera que, durante la guerra civil española se han objetivado tasas entre el 30 y el 100% y, en la posguerra, éstas se situaron entre el 20 y el 150%¹⁴⁷⁰.

José Salas y Vaca, en 1924, aludía a una mortalidad del 6-8% *“computada por nosotros durante dos lustros”*¹⁴⁷¹, ligeramente inferior a la que publicó Miguel Gayarre (1866-1936), director del Manicomio de Ciempozuelos para dicha institución en el año 1911 (65% en los hombres y 100% en las mujeres). Este último destacó la variabilidad en la tasa de defunción en las instituciones psiquiátricas citando, a modo de ejemplo, cifras de mortalidad de numerosos establecimientos europeos¹⁴⁷². Dos años antes, Antonio Rodríguez Morini (1863-1937) editaba la mortalidad dada en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat, la cual, en 1908, se acercó al 120% y, en 1909, aumentó hasta 134%¹⁴⁷³.

A continuación mostramos una comparativa de mortalidad entre la institución de Leganés y otros establecimientos tradicionales coetáneos, tanto de la capital como de otras provincias

¹⁴⁶⁹ Los datos sobre las tasas de mortalidad de la población general española se han obtenido de: Criado Amunategui, A. (1956). La mortalidad en España en los años 1901 a 1950. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1(2), 1-101, p.6. Así mismo, la tasa de mortalidad del Manicomio de Leganés se ha calculado realizando un promedio de las diferentes tasas expuestas previamente.

¹⁴⁷⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), pp. 187-189; Consiglieri Gámez, A. (2013), p.117. Durante la contienda las tasas de mortalidad para la población general se situaron en 17,9% y en la posguerra descendieron del 14,3 al 11,6%. Criado Amunategui, A. (1956), p.6.

¹⁴⁷¹ Salas y Vaca, J. (1924), p.13.

¹⁴⁷² Gayarre, M. (1912, p.71.

¹⁴⁷³ Rodríguez Morini (1910), p.322.

españolas, con el objetivo de poder valorar el comportamiento de la mortalidad específica de cada uno de ellos y contraponerla a la del Manicomio Nacional.

Al contrastar la tasa de defunción del Manicomio de Leganés con la del Sanatorio del Dr. Esquerdo (figura 45), vemos como éstas se comportaron de manera similar, siendo, por lo general, algo más bajas en la institución privada.

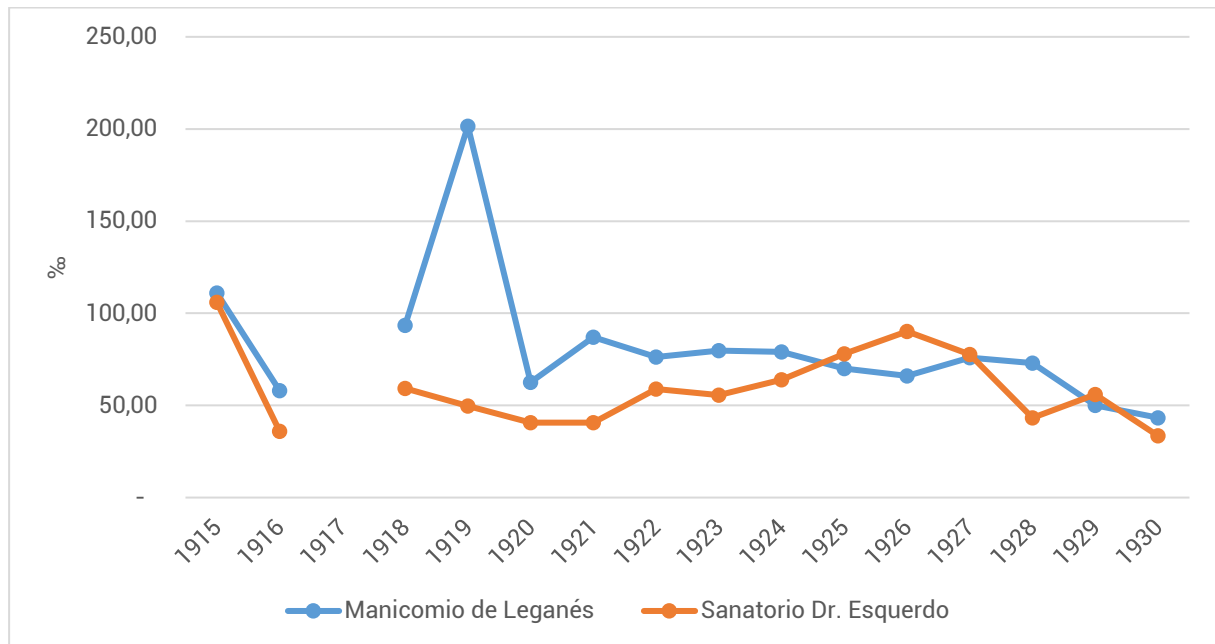


Figura 45. Comparación de las tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada y en el Sanatorio del Dr. Esquerdo (1915-1930). Fuente: Fondo documental del INE

En la figura 46 podemos ver la evolución de las tasas de defunción en el Manicomio de Valencia, Valladolid, Zaragoza y Córdoba comparadas con las de Leganés. Se observa un desarrollo semejante con tasas más elevadas al final de la segunda década del siglo XX, que posteriormente irían disminuyendo si bien, tanto Leganés como Zaragoza se mantuvieron en cifras inferiores a las registradas en las instituciones valenciana y vallisoletana. Por otra parte, a diferencia del resto, el Manicomio de Córdoba ofreció durante la mayor parte del tiempo estudiado, una tendencia al alza en este índice.

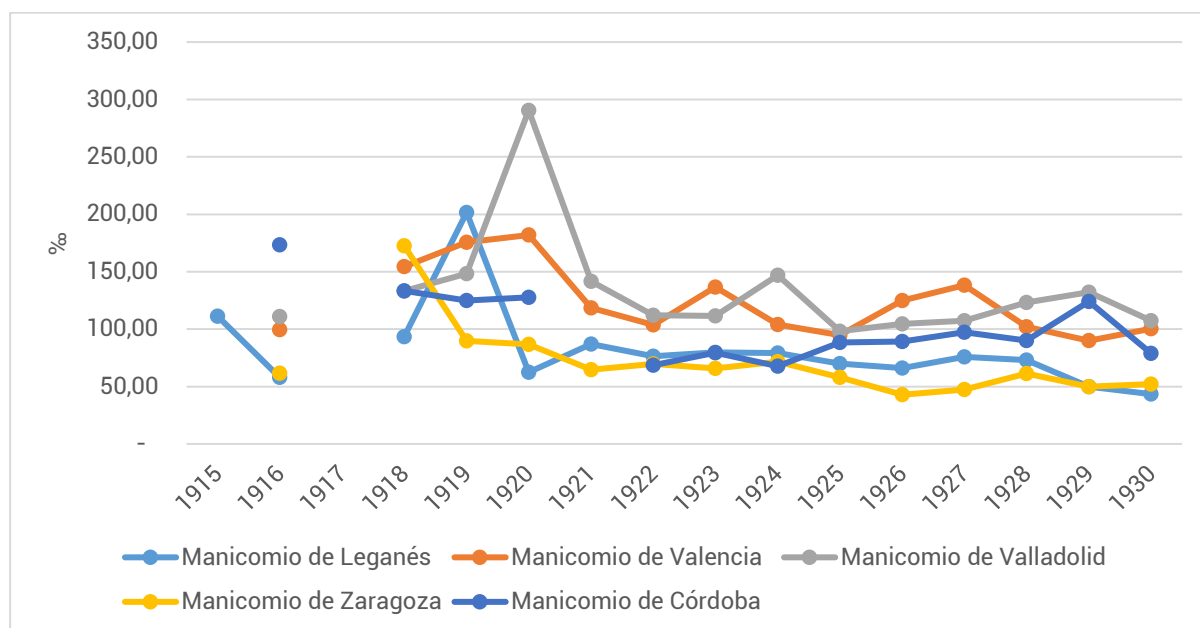


Figura 46. Tasas de mortalidad anual en el Manicomio de Leganés comparada con el Manicomio de Valencia, Valladolid y Zaragoza (1915-1930). Fuente: Fondo documental del INE

CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MANICOMIO

El predominio de la mortalidad de causa infecciosa

Las causas de mortalidad se han obtenido de la información contenida en la “Hoja de entrada y vicisitudes”, en la que solían figurar como una anotación evolutiva final al fallecer el paciente. Este dato ha podido registrarse en el 93,8% de los 552 internos que fallecieron a lo largo de nuestro periodo de estudio.

En la tabla 7 se recogen estas causas clasificadas por aparatos y sistemas y, divididas a su vez, en infecciosas y no infecciosas. La causa principal de fallecimiento durante los tres primeros decenios del siglo XX fueron las enfermedades infecciosas, un 31,2% del total de muertes, entre las que podemos destacar las digestivas, tuberculosis, la parálisis general progresiva, la fiebre tifoidea, peritonitis, meningitis, meningoencefalitis, miocarditis, endocarditis, bronquitis, gripe, neumonía o nefritis. Dentro de éstas, predominaron, al igual que en el Manicomio de Valencia¹⁴⁷⁴, las infecciones gastrointestinales (principalmente

¹⁴⁷⁴ En el asilo valenciano fallecieron uno de cada cinco pacientes por procesos inflamatorios intestinales, la mitad por enterocolitis crónica. Heimann expone la creencia de que la mayor parte de estas patologías no específicas como el catarro gastrointestinal crónico, las enteritis neurotróficas, las enterocolitis crónicas y las gastroenteritis tuvieron un origen infeccioso dada la situación epidemiológica valenciana y manicomial. Heimann, C. (2006), p.441.

colitis, enteritis, enterocolitis, "disentería bacilar" y gastroenteritis) que afectaron a un 9,1% de los pacientes, seguidas de la tuberculosis (7,8%) y la parálisis general progresiva (4,4%). Posteriormente, durante la guerra civil, la mortalidad por causa infecciosa se mantuvo en torno al 30% de las muertes y, en la posguerra disminuirían ligeramente, hasta constituir el 25% de las muertes totales, acorde con la transición epidemiológica¹⁴⁷⁵.

Después de las infecciosas, las afecciones más frecuentes fueron las neurológicas no infecciosas que alcanzaron a un 27,7% de la muestra (29,3 si le añadimos las infecciones cerebrales)¹⁴⁷⁶. Las historias clínicas describen "derrame seroso cerebral", "reblandecimiento cerebral", hemorragia cerebral, "ataque congestivo cerebral", apoplejía, paraplejía y embolia cerebral, u otras menos frecuentes como "encéfalo meningitis adherente" o "parálisis espasmódica".

Causas de mortalidad		Varones (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Neurológicas	Infecciosas	2,1	0,9	1,6
	No infecciosas	29	25,8	27,7
Cardiocirculatorias	Infecciosas	3	0,5	3,3
	No infecciosas	9,1	13,4	10,8
Respiratorias	Infecciosas	3,9	2,3	3,3
	No infecciosas	0,3	0	0,2
Digestivas	Infecciosas	7,3	12	9,1
	No infecciosas	3,6	2,3	3,1
Nefro-urológicas	Infecciosas	1,2	0,5	0,9
	No infecciosas	0,3	0,5	0,4
Infecciones Generales	TBC	10,5	4,7	7,8
	PGP	6,9	0,5	4,4
	Tifus	0,3	0	0,2
	Otros	1,8	3,7	2,6
Epilepsia		4,8	7,4	5,8
Cáncer		0,3	2,3	1,1
Suicidio		0,9	0	0,5
Otros		7,5	16,1	10
No consta		6,9	5,1	6,2

Tabla 7. Causas de fallecimiento en el Manicomio de Leganés (1900-1931) (N=552)

¹⁴⁷⁵ En Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 194, se pueden consultar los datos de la guerra y, en Conseglieri Gámez, A. (2013), p.128, se recogen los datos del primer franquismo.

¹⁴⁷⁶ Las patologías neurológicas afectaron al 24,2% de los pacientes ingresados durante la contienda civil y al 21% de los que fueron internados durante la posguerra. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.122 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.192.

Las enfermedades cardiocirculatorias -"degeneración grasosa del corazón", insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, "debilidad cardíaca", "parada cardíaca", "colapso cardíaco", "colapso vascular periférico", asistolia, "lesión cardíaca", embolias y "alteración de las funciones circulatorias", entre otras-, supusieron el 10,8% (porcentaje que alcanzó el 14,1% con las infecciones cardiovasculares) del total de muertes¹⁴⁷⁷. La patología cardíaca también constituyó, junto a las hemorragias encefálicas, las afecciones agudas bronco-pulmonares, las enteritis tróficas y las caquexias "propias de los alienados", una de las causas de defunción más frecuentes en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat en 1908 y 1909¹⁴⁷⁸.

Así mismo, un 12,2% de los ingresados fallecieron por patologías digestivas (diarrea, cirrosis atrófica, "fiebre gástrica", obstrucción intestinal además de las ya expuestas entre las infecciosas), porcentaje menor que el registrado por esta misma causa en periodos posteriores¹⁴⁷⁹. Las enfermedades respiratorias no tuberculosas -entre las que podemos enumerar las bronquitis crónica, "fiebre gripal", gripe, "catarro pulmonar", "catarro crónico bronquial" y neumonía- con un 3,5% del total y las nefro-urológicas -uremia, nefritis aguda, nefritis crónica, entre otras- que llegaron al 1,3% fueron bastante menos frecuentes que en periodos posteriores¹⁴⁸⁰.

Dentro de las causas agrupadas bajo el concepto de "otros" encontramos la vejez (0.5%), el agotamiento físico (2,2%), hemoptisis, "fiebre consuntiva", consunción, anemia, "aniquilamiento del organismo", "gran debilidad", inanición, desnutrición, "aniquilamiento nervioso" y astenia, entre otras denominaciones.

Una de las funciones del personal encargado de la vigilancia y cuidados de los pacientes en las instituciones era evitar actos violentos no sólo hacia otros, sino hacia sí mismos y extraña que, al igual que en estudios previos, el índice de suicidios objetivado es escaso. En las tres primeras décadas del siglo hemos registrado tan solo tres pacientes fallecidos por suicidio¹⁴⁸¹, varones diagnosticados de "delirio de persecución con alucinaciones"¹⁴⁸², "delirio

¹⁴⁷⁷ Posteriormente, durante la posguerra, las enfermedades cardiológicas serían la primera causa de mortalidad, afectando a un 25% de los pacientes y, durante la guerra civil, también ocuparon un lugar destacado, de manera que, un 20% de los pacientes ingresados en ese período fallecieron por afecciones cardiocirculatorias. Véase: Conseglieri Gámez, A. (2013), p.122 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.192.

¹⁴⁷⁸ Rodríguez Morini, A. (1910), p.323

¹⁴⁷⁹ Durante la guerra el porcentaje de fallecimientos por enfermedades digestivas fue de un 24,2% y, en la posguerra, de un 15%. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.122 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.192.

¹⁴⁸⁰ Las patologías respiratorias se dieron en un 9,6% durante la guerra y en un 19% en la posguerra. Así mismo, las enfermedades nefro-urológicas constituyeron el 10% en la contienda y el 6,2% en los años posteriores. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.122 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.192.

¹⁴⁸¹ En los años posteriores estas muertes siguieron siendo escasas ya que tan sólo se registraron tres casos de suicidio, todos ellos entre 1939 y 1952. Tierno, R. (2008), p.113 y Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.123-124.

¹⁴⁸² Historia clínica XX-161. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

de persecución sistematizado y demencia precoz paranoide"¹⁴⁸³ y "demencia paranoide con tendencia suicida"¹⁴⁸⁴. El primero de ellos, jubilado, ingresó en Leganés a los 54 años el 24 de diciembre del año 1905 y, poco más de un mes después, se suicidó por ahorcamiento. El paciente, que había realizado intentos de suicidio previos a ser internado, presentaba a su llegada a la institución, según los facultativos, un estado "hipocondriaco". El segundo delirante fallecido por suicidio fue un tabaquero que ingresó en abril de 1908, a los 30 años de edad, y se suicidó un año después con una disolución de fósforos. El último paciente muerto por autolisis fue un zapatero de 52 años, diagnosticado de "demencia paranoide con tendencia suicida", que ingresó en febrero de 1924 y se suicidó un año después. En la historia no se anotó la causa exacta de fallecimiento del paciente, pero se realizó una autopsia dentro del establecimiento. En el estudio de González Ferradas, Jefe de la Sección de psiquiatría de la Dirección General de Sanidad en los años cuarenta, se señalaba el predominio de los varones entre los fallecidos por suicidio en España, entre 1911 y 1930, situándose el 46% de todas estas muertes entre los 30 y los 59 años de edad¹⁴⁸⁵.

En las historias clínicas de estos pacientes hemos encontrado las notificaciones de los suicidios realizadas por los celadores, que probablemente encontrarían a los pacientes y comunicaban lo ocurrido tanto al Administrador del establecimiento como al Juez. Además, constan varios oficios, entre la dirección del Manicomio y el Magistrado asignado al caso, sobre las incidencias ocurridas.

Si analizamos los motivos de defunción por sexos (figura 47), observamos como las mujeres fallecieron por causas cardio-circulatorias no infecciosas (13,4%) e infecciones digestivas (12%) con más frecuencia que los varones (9,1% y 7,3% respectivamente). Entre éstos era más usual, al contrario que lo observado en la posguerra¹⁴⁸⁶, la defunción por patologías neurológicas, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso (31,1% frente al 26,7% de las mujeres), y por infecciones respiratorias (3,9% frente al 2,3%)¹⁴⁸⁷. La tuberculosis y la parálisis general progresiva predominaron entre la población masculina (10,5% y 6,9% en los hombres y 4,7% y 0,5% respectivamente en las mujeres), mientras que la epilepsia (7,4% frente al 4,8% en los varones) y las neoplasias- hemos registrado el fallecimiento por diversos tipos de

¹⁴⁸³ Historia clínica XX-231. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴⁸⁴ Historia clínica XX-715. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁴⁸⁵ González Ferradas, M. (1943). La asistencia psiquiátrica en España. *La Semana Médica Española*, 117, 1–10, p. 9.

¹⁴⁸⁶ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.124.

¹⁴⁸⁷ Durante la guerra estas patologías también predominaron entre los varones. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p.192.

cáncer como la neoplasia de lengua, cáncer gástrico, de colon, estómago o laringe- fueron más frecuentes en la femenina (2,3% frente al 0,3% de los varones).

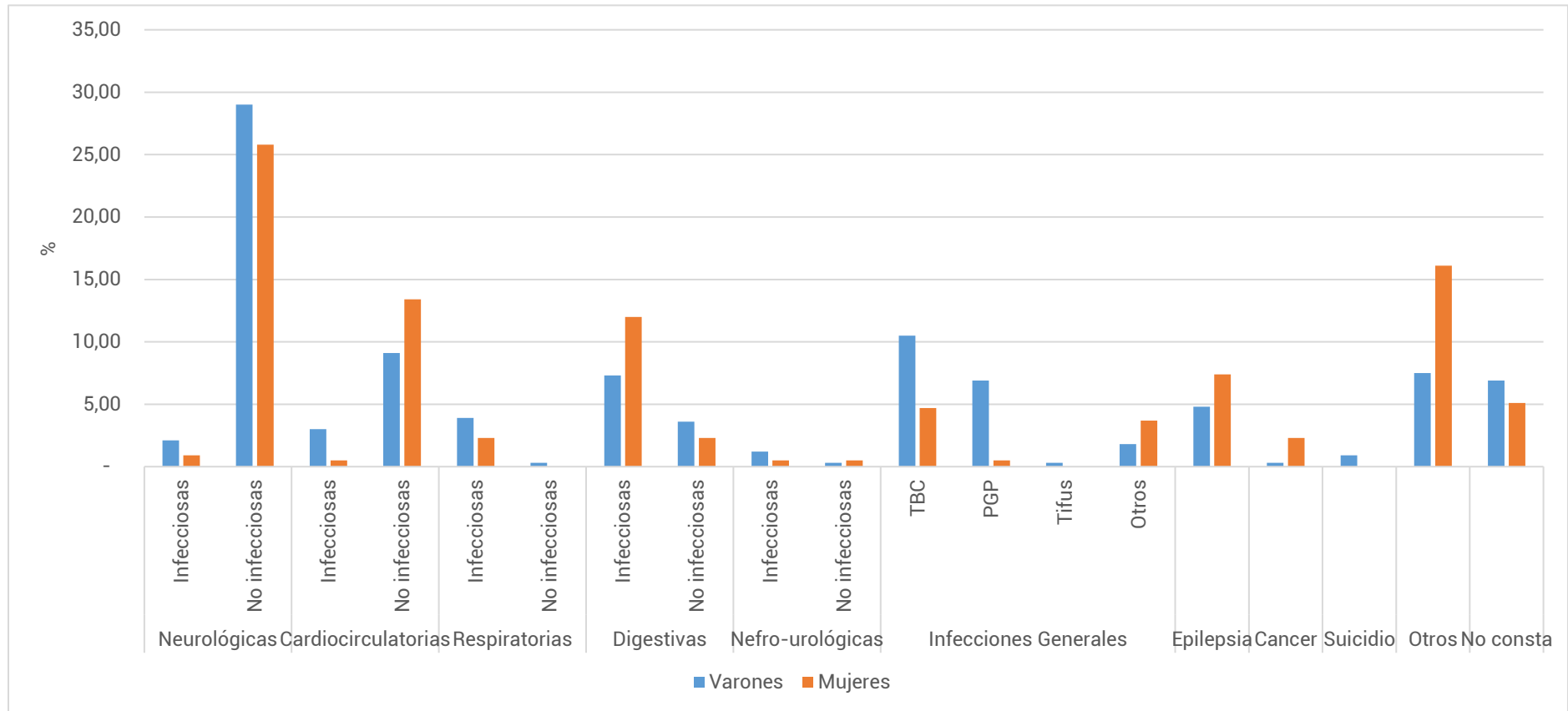


Figura 47. Causas de fallecimiento en función del sexo en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) (N=552)

Si bien desde las primeras décadas del siglo XX comenzó a producirse en la población general española un descenso en la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas¹⁴⁸⁸, tal y como se puede observar en la figura 48, éste no se apreció en el interior del Manicomio, donde la mortalidad por causas infecciosas, mantuvo una tendencia al alza, a lo largo de los tres primeros decenios del siglo XX. Esto podría deberse a que la disminución en la tasa de mortalidad general tuvo lugar, principalmente, entre la población infantil y juvenil, franja de edad poco común en los asilados de Leganés. De hecho, se ha descrito que, en las edades maduras y avanzadas, la transformación del patrón epidemiológico fue menos intenso¹⁴⁸⁹.

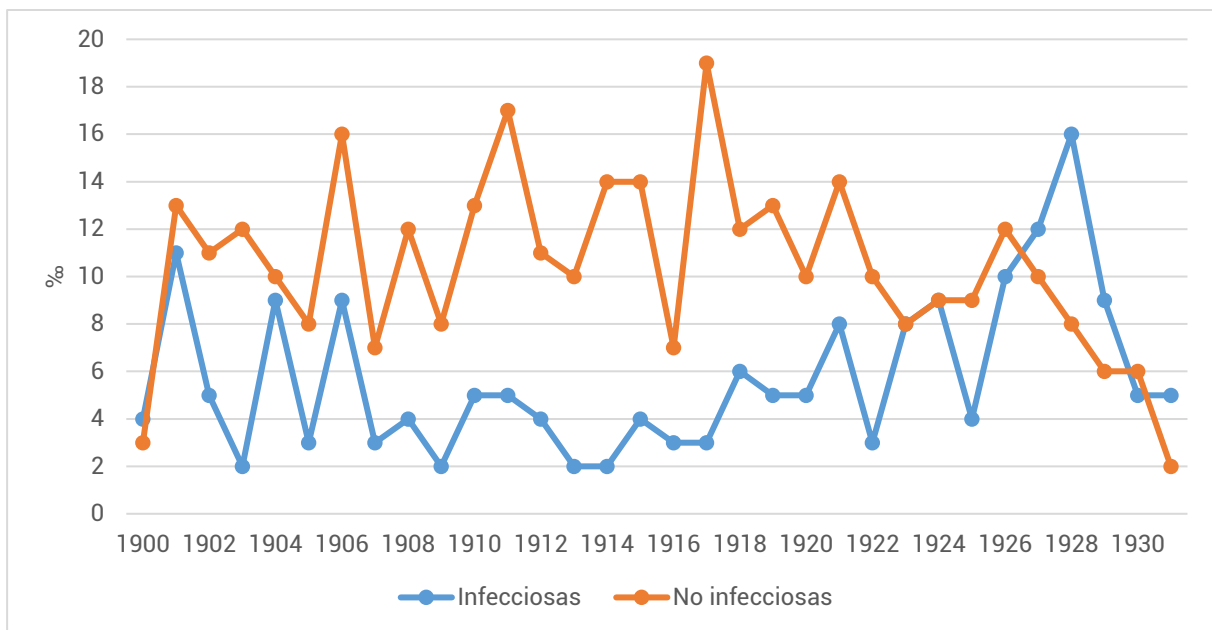


Figura 48. Tasas de mortalidad anual por patologías infecciosas y no infecciosas en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

En los años posteriores se objetivaron tasas de mortalidad infecciosa muy variadas. En la Segunda República y la guerra civil se mantuvieron entre el 5 y el 28% aproximadamente¹⁴⁹⁰, en la inmediata posguerra aumentaron de forma considerable alcanzando cifras cercanas al 60% y, a continuación, se observó una tendencia a la baja con un repunte en el año 1946¹⁴⁹¹.

¹⁴⁸⁸ Bernabeu Mestre, J. y Robles González, E. (2000), p.46; Blanes Llorens, A. (2007), p.147 y Criado Amunategui, A. (1956), pp. 15-18.

¹⁴⁸⁹ Blanes Llorens, A. (2007), p.163.

¹⁴⁹⁰ Tierno, R. (2008), p. 122 y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.195.

¹⁴⁹¹ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.128.

La tuberculosis en el Manicomio de Leganés

Durante la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX la tuberculosis fue una de las principales causas de muerte en la población general, relacionado fundamentalmente con las malas condiciones de vida caracterizadas por largas jornadas de trabajo sin descanso, ausencia de protección frente a la enfermedad o los accidentes, la humedad, falta de ventilación y ausencia de luz natural en muchas viviendas y alimentación insuficiente¹⁴⁹². Esta última, entre otras, acrecentada durante y después del periodo de la Primera Guerra Mundial, favoreció el desarrollo de esta enfermedad que experimentó un significativo aumento, tanto en los países beligerantes como entre los neutrales, lo que llevó a la construcción de sanatorios tuberculosos¹⁴⁹³. Lluís Sayé, médico responsable del Servei de Lluita Antituberculosa de la Generalitat¹⁴⁹⁴, llamó la atención sobre la significativa mortalidad por tuberculosis acaecida durante la primera guerra mundial entre los presos y los locos que, según él, fueron los peor alimentados¹⁴⁹⁵. La alta morbilidad asociada a esta patología suscitó interés por la comunidad médica y, de hecho, la tisis había sido uno de los temas centrales del Congreso Médico Español, celebrado en Madrid en 1864¹⁴⁹⁶. Unos años después, en 1897, se fundó el primer sanatorio en el Balneario de Busot (Alicante)¹⁴⁹⁷ y, en los primeros años del siglo XX, se organizaron congresos como el I Congreso Español contra la Tuberculosis, celebrado en Zaragoza en 1908 o los congresos internacionales de Barcelona y San Sebastián, en 1910 y 1912 respectivamente¹⁴⁹⁸. En España, la contribución de la tuberculosis a la mortalidad general se mantuvo entre un 72% en 1901 y un 73% en 1930, lo que suponía, en cifras oficiales, cerca de 30.000 fallecimientos al año¹⁴⁹⁹.

¹⁴⁹² Martín Salazar, M. (1916). *La sanidad en España. Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina*. Madrid: Imprenta del Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos, p.109-110; Baguena Cervellera, M. J. (n.d.). La tuberculosis en la historia. *Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, 12, 1-8, pp.5-6 y Molero Mesa, J. (2001). La lucha antituberculosa en España. En J. Atienza y J. Martínez Pérez (eds.). *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad Española de su tiempo* (pp. 131-147). Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, p.131.

¹⁴⁹³ Sobre la organización de las diferentes iniciativas para controlar la tuberculosis en nuestro país en las primeras décadas del siglo XX se puede consultar: Molero Mesa, J. (2001).

¹⁴⁹⁴ Miralles Buil, C. (2014). Controlar la ciudad para eliminar la endemia: el caso de la prevención antituberculosa en Barcelona en el primer tercio del siglo XX. En *XIII Coloquio Internacional de Geocrítica: El control del espacio y los espacios de control*. Barcelona.

¹⁴⁹⁵ Sayé, L. (1933). Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España. *Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad*, 13, p.14.

¹⁴⁹⁶ Varela Montes, J. (1865). Causas de la tisis pulmonar y medios de evitar o disminuir sus estragos. En *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid, septiembre de 1864*. Madrid: Imprenta José M. Ducazcal, pp. 445-449.

¹⁴⁹⁷ Baguena Cervellera, M. J. (n.d.), pp.5-6.

¹⁴⁹⁸ Molero Mesa, J. (1986). Tuberculosis y previsión. Influencia de la enfermedad social modelo en el desarrollo de las ideas médicas españolas sobre el seguro de enfermedad. En *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, 18-21 Diciembre 1986*, p.503.

¹⁴⁹⁹ Molero Mesa, J. (2001), p. 135. En este trabajo el autor aporta las cifras de mortalidad en % (7,2% en 1901 y 7,3% en 1930) si bien hemos optado por darlos en ‰ para facilitar su comparación con el resto de cifras de mortalidad. Criado Amunategui aporta cifras de mortalidad por tuberculosis respiratoria sensiblemente inferiores. Según este autor, las tasas de mortalidad por tuberculosis respiratoria pasaron de 14,71‰ en el quinquenio de 1901-1905 hasta 11,04‰, para los años 1926-1931. Véase: Criado Amunategui, A. (1956), p.28.

Del total de fallecimientos ocurridos en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931, 43 fueron por tisis (7,7%), sin embargo, éstos no contaban con un pabellón propio, a diferencia de otras instituciones como la Colonia Julián Moreira en Rio de Janeiro (Brasil)¹⁵⁰⁰.

Al analizar las defunciones por esta enfermedad infecto-contagiosa a lo largo del periodo estudiado observamos dos picos de máxima incidencia: 1901, cuando murieron siete pacientes de tuberculosis y 1923 y 1925, años en los que fallecieron tres y cinco pacientes respectivamente (figura 49). Estas cifras son más elevadas que las objetivadas en otras instituciones como el Manicomio de Sant Boi donde fallecieron un total de 35 pacientes por esta patología en el mismo periodo temporal¹⁵⁰¹, si bien hay que tener en cuenta que su población podía llegar a triplicar la de Leganés, ya que en 1909 contaba con más de 800 asilados¹⁵⁰². En este mismo establecimiento, Rodríguez Morini señalaba la muerte de tres pacientes por tisis de un total de 67 en 1904¹⁵⁰³, lo que corresponde a un 4,4% del total de defunciones de la institución en ese año. Esta cifra aumentó a cerca del 10% en 1906¹⁵⁰⁴, si bien no alcanzó el 29% que supusieron los fallecimientos tuberculosos sobre el total de muertes en Leganés, en 1901. Por otra parte, en 1911, Miguel Gyarre, director del Manicomio de Ciempozuelos, se vanagloriaba de la escasa incidencia de esta patología entre los asilados de la citada institución¹⁵⁰⁵. No obstante, también se registraron tasas altas de mortalidad por tuberculosis en otros establecimientos extranjeros como el Asilo-colonia de Juqueri en Sao Paulo en el que la patología tísica supuso la enfermedad intercurrente más común alcanzando el 19% de las defunciones a principios del siglo XX¹⁵⁰⁶.

¹⁵⁰⁰ Anna Beatriz de Sá Almeida estudia el *Pabellón Nossa Senhora dos Remédios* de enfermas tuberculosas en: Venancio, A. y Potengy, G. (coords.). (2015). *O Asilo e a cidade: Histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond Universitaria.

¹⁵⁰¹ Antón Fructuoso, A. (1982), pp.196-216.

¹⁵⁰² Rodríguez Morini, A. (1910), p.322.

¹⁵⁰³ Rodríguez Morini, A. (1905). El Manicomio de Sant Boi de Llobregat. Memoria medica correspondiente al año 1904, presentada a la diputación provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 3(35), 335 – 341.

¹⁵⁰⁴ Rodríguez Morini, A. (1907). Memoria médica correspondiente al año 1906, presentada a la Excelentísima Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 60, 353 – 360.

¹⁵⁰⁵ Gyarre, M. (1912), p.86.

¹⁵⁰⁶ Rocha, F. Da. (1907). Moléstias Mentais em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Ano 3(3 y 4), 274–284. Sobre cómo el conocimiento psiquiátrico en la zona de Río-Sao Paulo trató la relación entre la tuberculosis y las enfermedades mentales en la primera década del siglo XX se puede consultar: Venancio, A. T. y Campos Dos Santos, R. (2012). Enfermedad mental y tuberculosis en el conocimiento psiquiátrico brasileño de la primera mitad del siglo XX. En *IV Encuentro de La Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría*, celebrado en Madrid, septiembre de 2012 y Venancio, A. y Potengy, G. (2015).

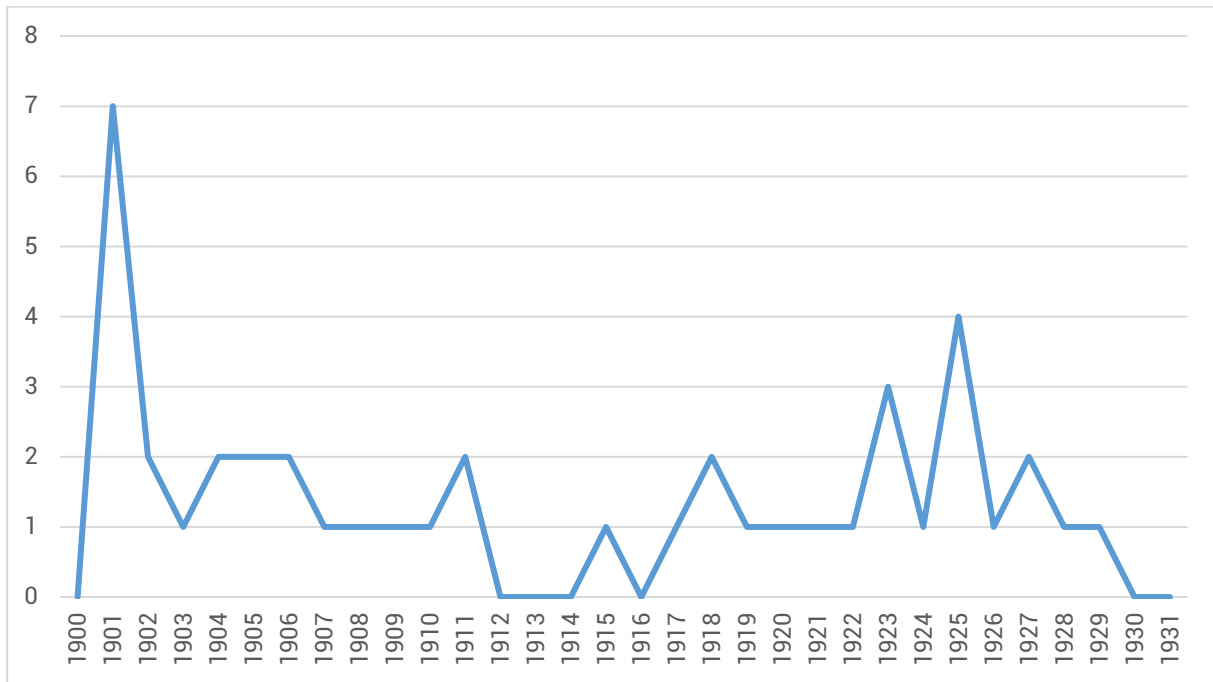


Figura 49. Número de defunciones por tuberculosis en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Las tasas anuales de mortalidad por tisis en Santa Isabel, entre 1911 y 1930, se situaron, por lo general, entre 4 y 10%. En la figura 50, que muestra una comparativa de las tasas de mortalidad por tuberculosis en el Manicomio de Leganés y la población general, se puede observar como en el Manicomio la evolución de la mortalidad anual por tuberculosis fue muy fluctuante desde el 0% hasta el 17,9%, pico de máxima incidencia ocurrido en 1925. Esta distribución contrasta con la de la población española en la que las tasas fueron, aunque mayores que las de Santa Isabel, más estables y con una tendencia a la baja situándose entre el máximo de 16%, coincidiendo con la pandemia gripal, y el 10%, a finales de la tercera década del siglo XX.

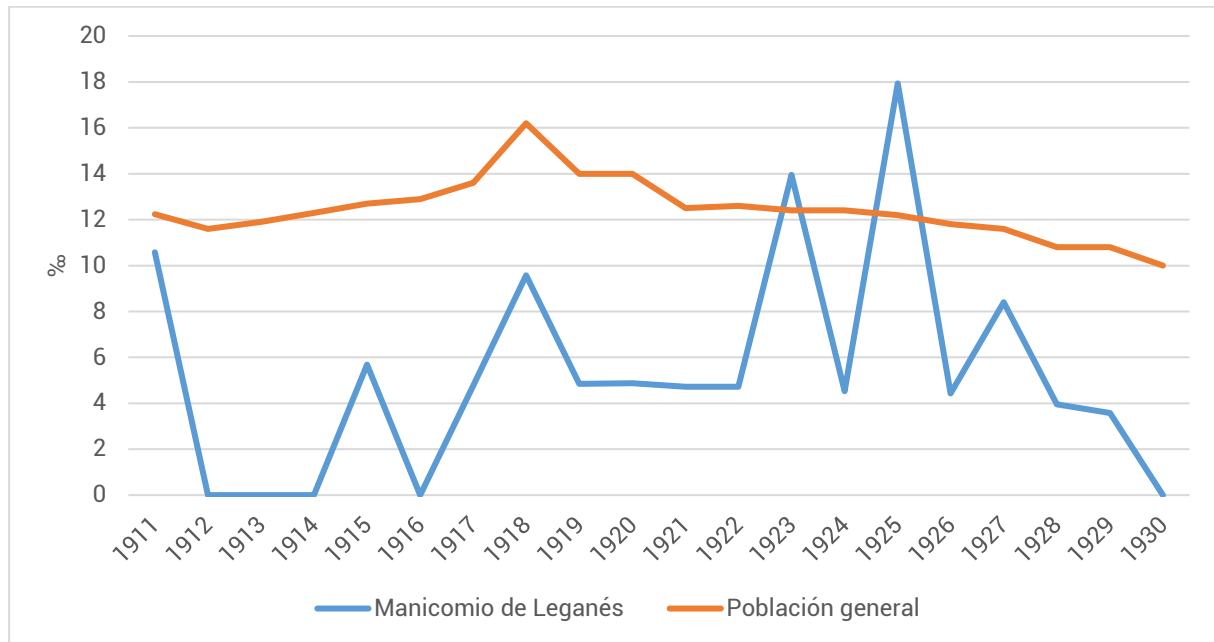


Figura 50. Tasas de mortalidad de causa tuberculosa en el Manicomio de Leganés y la población general (1911-1930)¹⁵⁰⁷

A pesar de que la vinculación entre tuberculosis y alcohol era un hecho conocido entre la clase médica en las primeras décadas del siglo XX¹⁵⁰⁸, tan sólo hemos encontrado un paciente diagnosticado de alcoholismo, además de “delirios y alucinaciones” entre los que fallecieron por tisis. Este esquilador, que ingresó en abril de 1902, falleció por tuberculosis cinco meses después¹⁵⁰⁹.

En lo que respecta al tratamiento de los pacientes tuberculosos, no hemos hallado ninguna alusión al uso de medidas específicas como el aislamiento o el tratamiento por la “cura del aire” en las historias clínicas, tal y como se venía haciendo desde finales del siglo XIX en otras instituciones europeas como el Asilo de Villejuif en la región francesa de Ile de France¹⁵¹⁰.

¹⁵⁰⁷ Los datos de mortalidad por tuberculosis en la población general se han obtenido de Navarro García, R. (2002). *Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, p.202.

¹⁵⁰⁸ Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Dynamis*, 9, 185–223, p.218. Espina y Capó defendía en el Congreso Internacional de Tuberculosis, celebrado en París, la relación de esta enfermedad con el alcohol. Espina y Capó, A. (1906). Alcohol y Tuberculosis. Comunicación hecha al Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París en octubre de 1905. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 70(916), 129-140 y Espina y Capó, A. (1921). *La Conferencia de París en octubre de 1920 para fundar la Asociación Internacional contra la Tuberculosis*. Conferencia dada bajo la presidencia de S.M. la Reina D^a Victoria Eugenia en la R. A. N. M. Madrid: Minuesa e hijos, p.30.

¹⁵⁰⁹ Historia clínica XX-80. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁵¹⁰ Briand, M. (1906). Profilaxis y tratamiento de la tuberculosis en los asilos de enfermos de la mente. *Revista Frenopática Española*, 4, 86-90, p.87.

Otras patologías infecciosas

La parálisis general era considerada una enfermedad mortal en un plazo generalmente no superior a cinco años¹⁵¹¹. A pesar de que, durante las primeras décadas del siglo XX, la malarioterapia abrió una puerta al tratamiento de los miles de paralíticos institucionalizados, la realidad es que se mantuvo como una de las principales causas de muerte, por ejemplo, en el Manicomio de Valencia¹⁵¹². En Leganés, al igual que la tuberculosis, tampoco disminuyó la incidencia a medida que transcurría el siglo y 24 pacientes fallecieron por esta enfermedad, lo que corresponde, como hemos mencionado, a un 4,4% del total de muertes en el Manicomio. De hecho, tal y como se puede ver en la figura 51, a lo largo del periodo de estudio se objetivó un aumento en el número absoluto de defunciones de paralíticos.

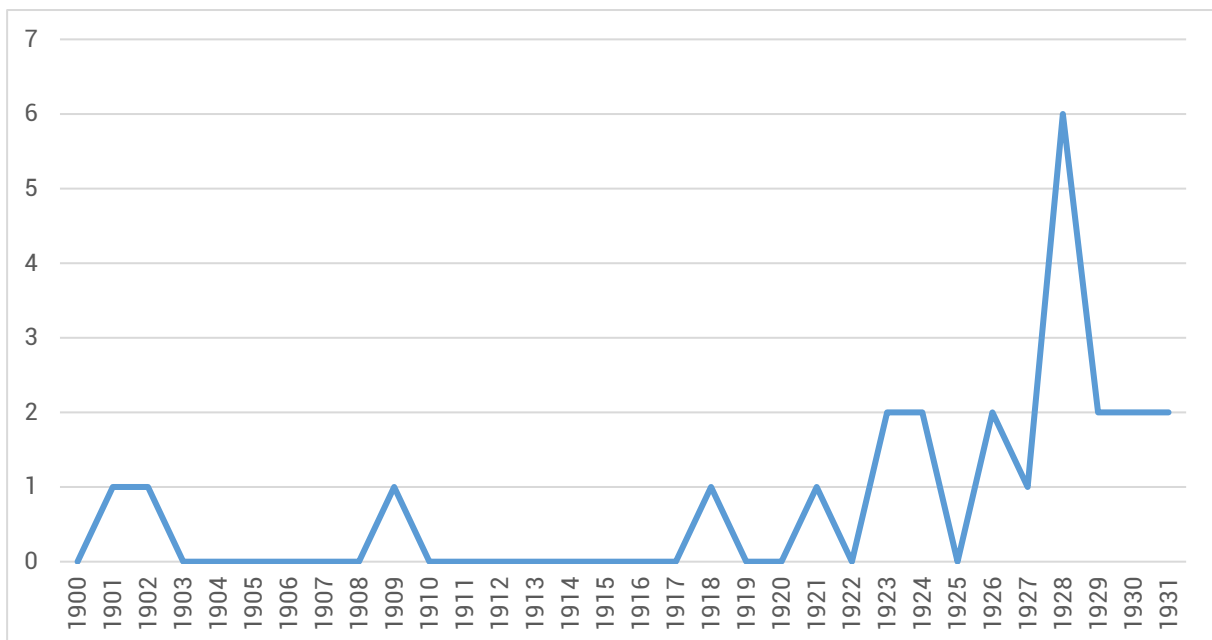


Figura 51. Número de defunciones por parálisis general progresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

El año en que murieron más pacientes por sífilis fue 1928, con seis defunciones para una población de 253 asilados, cifra mayor que la objetivada en el Manicomio de Sant Boi, institución en la se registraron doce muertes por parálisis general progresiva, en 1904, para una población cercana a los 700 pacientes¹⁵¹³.

¹⁵¹¹ Quétel, C. (1992). *History of syphilis*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

¹⁵¹² Heimann, C. (2006), p.441.

¹⁵¹³ Rodríguez Morini, A. (1905), p.339. Estas cifras, sin embargo, no siempre fueron tan elevadas. Así, en al año siguiente tan solo murieron 4 pacientes por sífilis en Sant Boi. Rodríguez Morini, A. (1906), p.367.

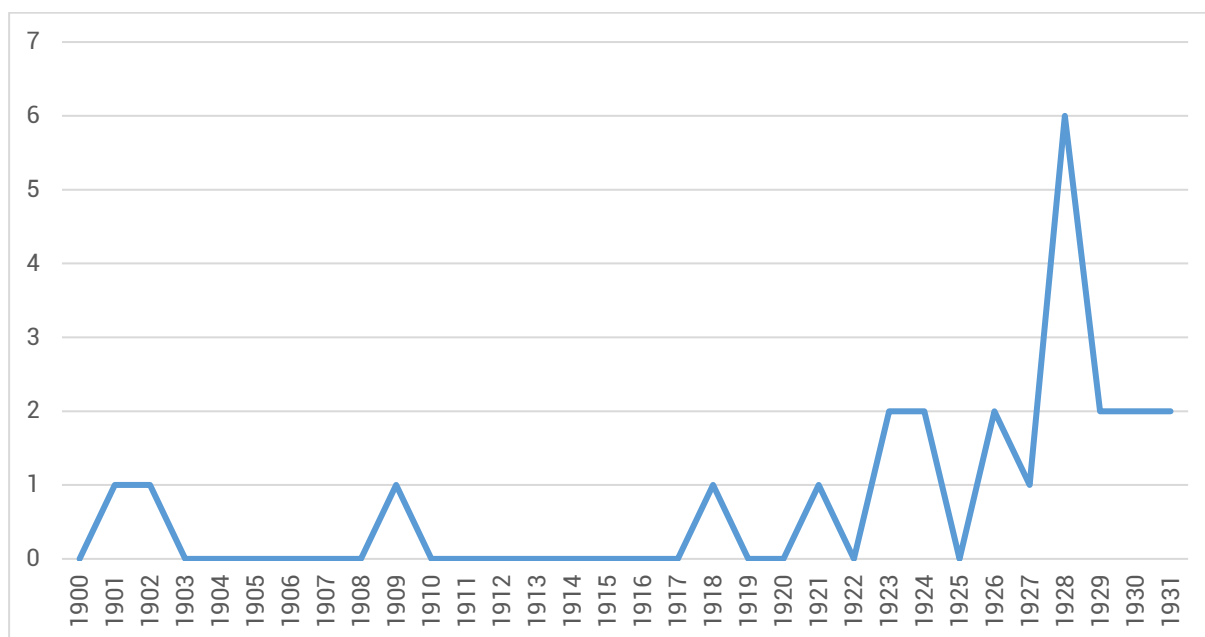


Figura 52. Tasas de mortalidad por parálisis general progresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

La Mortalidad por parálisis general progresiva en Leganés se mantuvo por lo general menor del 9%, experimentando un aumento, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX. Durante éstas pasó de estar ausente, como causa de fallecimiento, hasta el año 1918 a una tasa de defunción del 23%, en 1928 (figura 52), a pesar de que en la población general se mantuvo estable, con cifras entre los 896 casos ocurridos en 1920, hasta los 580 de 1930 (figura 53).

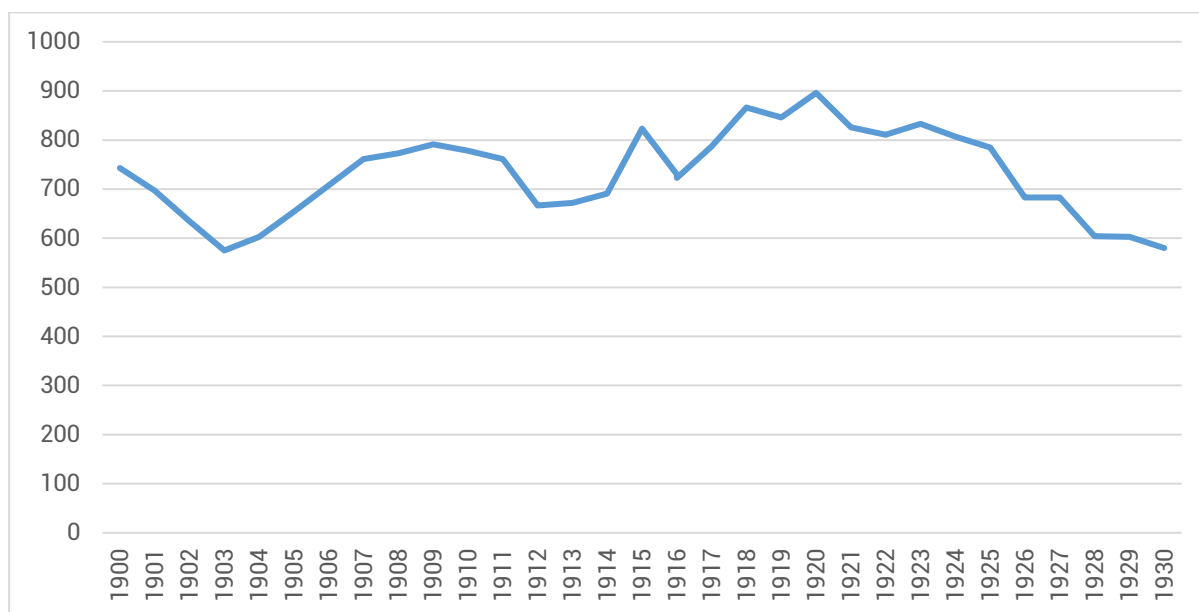


Figura 53. Número de defunciones por sífilis en la población general española (1900-1930)¹⁵¹⁴

¹⁵¹⁴ Navarro García, R. (2002), p.202.

Por último, entre las causas de muerte, tan sólo se registró un caso de fiebre tifoidea en los tres primeros decenios del siglo XX. Esta enfermedad, de declaración obligatoria desde 1885, produjo más de 10.000 defunciones en la población general a principios de siglo, con tasas de mortalidad de 6‰, que posteriormente fueron descendiendo hasta situarse, a finales de la tercera década del siglo XX en 1,64‰¹⁵¹⁵. El paciente fallecido en Leganés por fiebre tifoidea se trataba de un varón que ingresó, en marzo de 1915, en beneficencia, por epilepsia y falleció al producirle una hemorragia intestinal, seis años después¹⁵¹⁶. Como es bien sabido, el agente causante de la fiebre tifoidea, cuya prevalencia disminuyó de forma importante a lo largo del pasado siglo, se transmite por aguas, alimentos o bebidas contaminadas, por lo que su desarrollo se ha relacionado siempre con una falta de saneamiento adecuado¹⁵¹⁷. Posteriormente, tan solo se han objetivado dos fallecimientos por esta enfermedad infecciosa en Leganés, ambos durante la guerra civil¹⁵¹⁸.

Si bien es difícil sintetizar el presente capítulo se puede definir el perfil del paciente que ingresó en el Manicomio Nacional como el de un varón de 38 años, soltero y sin estudios cualificados, procedente de su domicilio, en Madrid, y hospitalizado en pensionista. Las estancias fueron prolongadas y, generalmente, los pacientes fallecían en la institución, con tasas de mortalidad que, si bien fueron menores a las observadas en otras instituciones psiquiátricas españolas, se mantuvieron la mayor parte del tiempo entre 60 y 100 fallecidos por cada mil internos/año, con cifras más altas en el departamento de beneficencia. Sin embargo, además de estas características, en el análisis de la población manicomial de Santa Isabel en las primeras décadas del siglo XX, es fundamental abordar los diagnósticos, una de las piezas claves en la psiquiatría del primer tercio, cuestión que se estudiará en el capítulo V de esta tesis doctoral.

¹⁵¹⁵ *Ibíd*em, pp.137-138.

¹⁵¹⁶ Historia clínica XX-412. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁵¹⁷ Navarro García, R. (2002), p.137.

¹⁵¹⁸ En Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.195 se describe que la institución recibió 300 vacunas antitíficas.

CAPÍTULO V

NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA

INTRODUCCIÓN.....	363
DIAGNÓSTICOS DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO: LA ESTADÍSTICA DEL INE DEL AÑO 1915.....	366
LA NOSOLOGÍA PINELIANA Y ESQUIROLIANA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	370
La introducción de la manía en la psiquiatría española	370
Los diagnósticos pinelianos y esquirolianos en Leganés.....	374
La manía, lipemanía y monomanía en otras instituciones españolas.....	375
El predominio de la melancolía.....	377
DELIRIOS Y PARANOIA.....	380
La escuela francesa: del primer al segundo “clasicismo”	381
Las diferentes variedades delirantes en Leganés: del delirio de persecución de Laségue a la psicosis alucinatoria crónica de Ballet	382
El aumento de paranoicos en el Manicomio de Leganés	384
DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA DEMENCIA PRECOZ A La Aparición De La Esquizofrenia.....	387
La introducción de la <i>dementia praecox</i> en España	387
El declive de la demencia precoz.....	389
El inicio de la esquizofrenia en el Manicomio de Leganés	391
LA INTRODUCCIÓN DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA	394
EL DEGENERACIONISMO.....	398
La introducción de la teoría de la degeneración	398
La degeneración en Leganés	400
EL ALCOHOLISMO Y LA DIPSOMANÍA EN LEGANÉS	403
La morfinomanía en el Manicomio de Leganés	407
LA PATOLOGÍA SIFILÍTICA	409
LOS SÍNDROMES EPILÉPTICOS.....	413
LAS “ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS”: HISTEROMANÍA, NEURASTENIA Y PSICASTENIA.....	417
LA DEFICIENCIA MENTAL: DE LA AMENCIA A LA OLIGOFRENIA	421
LA DEMENCIA SENIL Y OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VEJEZ	423
La confusión mental de Chaslin	425
DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN KRAEPELINIANA	426
Evolución temporal de las categorías nosográficas de Kraepelin	430
Comparación de la distribución de los diagnósticos con otros periodos del Manicomio de Leganés	432

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XIX, la nosología española estuvo marcada por la influencia de la nomenclatura francesa¹⁵¹⁹, a la que añadieron, a principios del siglo XX, conceptos procedentes tanto de la teoría degeneracionista, como de las nuevas ideas kraepelinianas¹⁵²⁰. A partir de la segunda década, además de la introducción de terminología alemana como la *dementia praecox* de Kraepelin¹⁵²¹, en opinión de Huertas, la teoría de la degeneración fue cayendo poco a poco en desuso, por anacrónica y ambigua. Por otra parte la nosología kraepeliniana ganó terreno y aceptación, aunque la demencia precoz fuera desplazada muy pronto por la *schizophrenia*, a partir fundamentalmente de la obra de Eugen Bleuler (1857-1940)¹⁵²². Un ejemplo ilustrativo de la aprobación y asunción de la nosografía germana lo constituye el que fuera médico consultor del Manicomio y, desde 1929, Jefe Facultativo del mismo, Enrique Fernández Sanz. Este autor, en diversos momentos de las primeras décadas del siglo XX, se mostró firme partidario de la clasificación de Kraepelin, ya que, a su modo de entender, aportaba simplificación taxonómica y:

*"gracias a él y a la unanimidad con que ha sido aceptada su doctrina, es posible que puedan entenderse los psicopatólogos de los diversos países, habiendo cesado la antigua confusión nacida de que cada forma psicopática era designada con tantos nombres distintos como autores se habían ocupado de ella"*¹⁵²³.

¹⁵¹⁹ Sobre el desarrollo de las clasificaciones nosológicas francesas se puede consultar: Pichot, P. (1982). The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychological Medicine*, 12(3), 475 – 492. En relación a las aportaciones españolas a las clasificaciones diagnósticas véase: Plumed Domingo, J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio*, 57(2), 223–253; Navarro Pérez, J. (2001). Las clasificaciones en psiquiatría. La aportación española. En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.55-90). Ourense: Rodi Artes Gráficas. Así mismo, a propósito del debate sobre los fundamentos del saber psiquiátrico, entre los criterios nosográficos basados en la descripción y clasificación de las enfermedades mentales, en contraposición a la concepción unitaria según la cual las diferencias clínicas eran consideradas como meras transformaciones del mismo tipo, consúltase: Huertas, R. (1999). Nosografía y antinosografía en la psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(69), 63–76.

¹⁵²⁰ Plumed Domingo, J., Dualde Beltran, F. y Rey González, A. (1997). El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928). En *La locura y sus instituciones* (pp.481-496). Valencia: Quiles, Artes Gráficas S. A., p.481.

¹⁵²¹ El término *dementia praecox*, aunque acuñado por Morel, en 1860, como *démence précoce* en el marco del degeneracionismo, fue propuesto por Kraepelin en la década de los noventa del siglo XIX como una entidad nosológica diferenciada de otras enfermedades mentales. Huertas, R. (2004). *El Siglo de la clínica: para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia, pp.123-126. Sobre el desarrollo histórico de este concepto y su aparición en las historias del Manicomio de Leganés nos ocuparemos más adelante en este mismo capítulo.

¹⁵²² En 1911, Bleuler, caracterizó la demencia precoz a partir de su síntoma fundamental: la escisión del yo, en vez de a partir de su evolución, tal y como había hecho Kraepelin, lo que llevó el cambio de termino de "demencia precoz" por el de "esquizofrenia". Véase Álvarez, J. M. (1996a). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16, 655-667; Huertas, R. (2004), p.132 y Huertas, R., y Novella, E. J. (2010). Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna. Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205–219. Sobre la introducción de este concepto en España y su repercusión clínica en el Manicomio de Leganés nos centraremos más adelante en este mismo capítulo.

¹⁵²³ Fernández Sanz, E. (1907a). Clasificación de las enfermedades mentales. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52 – 65, p.57. Del mismo autor: Fernández Sanz, E. (1929b). Sobre las relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniaco-depresivos. *Siglo Médico*, 83, 73 – 75.

Así mismo, señalaba que:

“el mérito principal de la clasificación de Kraepelin estriba, (...) en la simplificación de los grupos antiguos, integrando en un reducido número de tipos morbosos, las numerosas formas antes admitidas, previa diferenciación de los caracteres fundamentales y accesorios”¹⁵²⁴.

Este psiquiatra madrileño, francamente preocupado por la taxonomía de las enfermedades mentales, estableció, en 1907, su propia clasificación de vesanias (tabla 1)¹⁵²⁵. Diferenciaba entre síndromes psicopáticos-estados maniacos, estados melancólicos, estados de confusión mental y estados demenciales-, que definía como *“conjunto de síntomas mutuamente enlazados por relaciones de causalidad y conexión, que se presentan con los mismos caracteres en diversas enfermedades mentales, ofreciendo su combinación tales cualidades de constancia y de homogeneidad que permiten su individualización”* y especies psicopáticas, las cuales dividía siguiendo el criterio anatómo-patológico en aquellas de base orgánica conocida y aquellas en las que ésta no se conocía¹⁵²⁶:

Síndromes psicopáticos
Estados de manía
Estados melancólicos
Estados de confusión mental
Estados demenciales
Especies psicopáticas de base orgánica conocida
Psicosis infecciosas: delirio febril, delirio infeccioso, delirio de colapso o de agotamiento, delirio agudo
Psicosis tóxicas
a. Intoxicaciones exógenas: alcohólicas, saturninas, y morfinicas
b. Intoxicaciones endógenas: urémicas, diabéticas y tiroideas, especialmente el mixedema.
Demencia precoz
Parálisis general
Psicosis de involución
Suspensiones y anomalías de desarrollo, idiotismo, imbecilidad, locura moral
Manifestaciones psíquicas de las neuropatías orgánicas, tumores, sífilis, hemorragia, reblandecimiento, arterio-esclerosis cerebrales
Especies psicopáticas de base orgánica desconocida

Tabla 1. Clasificación de enfermedades mentales establecida por Enrique Fernández Sanz (1907)

¹⁵²⁴ Fernández Sanz, E. (1907a), p.58.

¹⁵²⁵ *Ibidem*.

¹⁵²⁶ Se ha descrito que factores como el desarrollo del cientifismo, el carácter laico de la ciencia de la segunda parte del siglo y el desarrollo de especialidades como la neurología favorecieron las corrientes organicistas y el método anatómo-clínico en psiquiatría. No obstante, Rafael Huertas apunta que el abordaje “científico” de la mente y de su sede orgánica no es una cuestión propia del siglo XX sino que ha estado presente desde el siglo VI a. C. cuando Alcmeón de Crotona situó el origen de las funciones psíquicas en el órgano cerebral. Véase: Outes, D. y Orlando, J. (1982). Alcmeon de Crotona. El cerebro y las funciones psíquicas. *Revista de Neuropsiquiatría y Salud Mental*, 13(1 y 2), 34-49 y Huertas, R. (2004), p. 9.

De forma simultánea a todos estos cambios nosográficos, en los años veinte del siglo pasado se sucedieron, desde diferentes foros, peticiones de reforma de la calidad de la asistencia a los alienados en España, entre las que destaca la propuesta de la recién creada Asociación Española de Neuropsiquiatría de oficializar la clasificación de enfermedades mentales de Kraepelin¹⁵²⁷. Habría que esperar a las reformas promulgadas, durante el primer bienio republicano, para que, además de la creación del Consejo Superior Psiquiátrico en 1931¹⁵²⁸, se consensuara la utilización de la nosografía kraepeliniana y la obligación de realizar estadísticas mensuales en los establecimientos psiquiátricos, que debían ser remitidas, con una frecuencia anual, a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental¹⁵²⁹.

En este capítulo nos proponemos estudiar las tendencias clínicas y diagnósticas observadas en el Manicomio de Leganés en las tres primeras décadas del siglo XX. El estudio de la nosografía es una de las variables más difíciles de codificar ya que, si tomamos de las historias clínicas los diagnósticos literales, hay una alta variabilidad que alcanza 346 nomenclaturas diferentes. Además del examen cualitativo de esta terminología, que constituye un material de gran valor para aproximarnos a los cambios nosográficos que se produjeron en la institución, hemos procedido a agruparlos, con el fin de realizar un análisis cuantitativo y estadístico y poder establecer comparaciones con otras épocas y otras instituciones. La agrupación se ha realizado de acuerdo a los grupos nosográficos kraepelinianos, según la clasificación del INE, aunque, como se ha señalado, no fue hasta el año 1931 cuando se estableció la obligatoriedad de realizar dichas estadísticas psiquiátricas. En el Manicomio de Leganés éstas se realizaron desde la implantación de esta norma y se mantuvieron, incluso, durante la contienda civil¹⁵³⁰.

Como ya hemos apuntado en el capítulo anterior, en las historias clínicas de los pacientes ingresados en Leganés se encuentra la "Hoja de entrada y de vicisitudes", un documento en

¹⁵²⁷ Lázaro, J. (1995). La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 295–308, p.305. Sobre el desarrollo de las ideas del alienista alemán y su influencia en el sistema nosológico que estableció se puede consultar: Berrios, G. E. y Hauser, R. (1988). The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 18, 813 – 821.

¹⁵²⁸ Decreto relativo a la creación de un Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección de Sanidad. (12 de noviembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 316, p. 932.

¹⁵²⁹ En dos órdenes posteriores, con fechas del 27 y 28 de noviembre de 1931, publicadas en la Gaceta de 2 de diciembre de 1931, se especifica más detalladamente las características y condiciones de la puesta en marcha de esta labor estadística. Véase: Orden creando en cada Inspección provincial de Sanidad una Sección de Psiquiatría y enfermos mentales. (2 de diciembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 336, p. 1376 y Orden dictando reglas para el establecimiento de una estadística de enfermos mentales. (2 de diciembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 336, pp.1376 –1377.

¹⁵³⁰ En Vázquez de la Torre, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia*, 8, p. 69–96, se ha realizado un análisis de esta estadísticas. Según describe la autora, las fichas halladas en Leganés no se ajustan perfectamente a las categorías kraepelinianas, existiendo una cierta discordancia entre las estadísticas del Estado que se conservan en el INE que respetan los XIV grupos diagnósticos de Kraepelin y las fichas halladas en el Archivo de la institución cuyos diez grupos nosológicos son: oligofrenia, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, paranoia, psicosis constitucional, demencia senil, parálisis general, psicosis epilépticas, psicosis alcohólica y otras psicosis orgánicas y tóxicas. Para más detalle, Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.201.

el que se recogían entre otros, datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes a su llegada a la institución. Uno de los apartados del mismo estaba destinado al “Reconocimiento de entrada”, donde los médicos apuntaban el “Padecimiento” del paciente, cuestión que se registró en la práctica totalidad de los ingresos (98,9% del total). En 121 pacientes (11,6%) se anotó un segundo diagnóstico acompañando al de entrada y, a 186 internos, se les asignó una nueva evaluación diagnóstica a lo largo de su ingreso en la institución, lo que supone el 17,9% del total¹⁵³¹.

DIAGNÓSTICOS DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL ESTABLECIMIENTO: LA ESTADÍSTICA DEL INE DEL AÑO 1915

Si bien, como hemos apuntado, no fue hasta 1932, primer año en vigor del decreto de 1931, cuando se comenzó a elaborar una estadística nacional de enfermos mentales, en años previos, también se realizaran registros estadísticos no sistematizados de los diagnósticos de los pacientes ingresados en los Manicomios. De hecho, en el Anuario Estadístico del INE, correspondiente al año 1915, se puede consultar una relación de los internos hospitalizados en la Casa de Santa Isabel de Leganés y en el Sanatorio del Dr. Esquerdo, clasificados en catorce tipos diagnósticos: degeneración, demencia precoz, demencia, manía aguda, manía crónica, manía periódica, melancolía, parálisis, epilepsia, alcoholismo, locura degenerativa, confusión mental, delirio crónico y locura depresiva¹⁵³².

Estos grupos nosográficos muestran una variada nomenclatura que ilustra la convivencia de nosología francesa y alemana, cuestión que abordaremos a lo largo de este mismo capítulo. De hecho, la variedad terminológica utilizada se amplía, tal y como expresa Huertas, cuanto mayor es el número de historias estudiadas, constituyendo un amplísimo abanico de posibilidades¹⁵³³.

¹⁵³¹ La diferencia entre el segundo diagnóstico y el cambio de diagnóstico no ha sido fácil. En líneas generales, hemos considerado la presencia de un segundo diagnóstico si este se encontraba escrito a continuación del primero y con la misma caligrafía. Por otra parte, hemos estimado el cambio de diagnóstico cuando el primero se encontraba tachado o éste aparecía con una escritura correspondiente a un clínico distinto, de manera que, es posible que los datos no se ajusten fielmente en todos los casos a los registrados por los médicos del Manicomio. Las variaciones diagnósticas también se han obtenido de las denominadas “Hojas de observaciones clínicas”, ya descritas en el capítulo IV de este trabajo, en las que se anotaban diagnósticos que, en muchas ocasiones, no coincidían con los atribuidos a los pacientes a su llegada al establecimiento.

¹⁵³² Estos datos eran remitidos a la Administración central por el Administrador del establecimiento. Desconocemos si esta estadística se realizó en otros momentos del periodo estudiado. Así mismo, no hemos encontrado ningún tipo de documentación que recogiera esta información en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Véase, Anuario Estadístico del INE (1915). Fondo documental del INE.

¹⁵³³ Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, p. 155.

En la tabla 2 se puede observar que el grupo más numeroso lo conforma la demencia precoz, con un 20,6% del total seguido de los diagnósticos de degeneración (16,3%) y de los delirios crónicos (14,1%)¹⁵³⁴. La epilepsia también ocupa un lugar destacado, con el 10,9% del total de albergados. Estos datos son similares a los publicados, a finales de la década de los años veinte, por José Salas y Vaca¹⁵³⁵.

Diagnósticos	Total	%	Hombres	Mujeres
Degeneración	30	16,3	21	9
Demencia precoz	38	20,6	36	22
Demencia	9	4,9	6	3
Manía aguda	6	3,2	4	2
Manía crónica	2	1,1	1	1
Manía periódica	2	1,1	1	1
Melancolía	3	1,6	1	2
Parálisis	6	3,3	6	0
Epilepsia	20	10,9	8	12
Alcoholismo	3	1,6	3	0
Locura degenerativa	5	2,7	4	1
Confusión mental	10	5,4	6	4
Delirio crónico	26	14,1	10	16
Locura depresiva	4	2,2	1	3
Totales	184	%	108	76

Tabla 2. Diagnósticos de la población manicomial ingresada en el Manicomio de Leganés a 31 de diciembre de 1915. Fuente: Anuario estadístico de 1915. Fondo documental del INE

¹⁵³⁴ El predominio de los pacientes diagnosticados de demencia precoz, que posteriormente serían evaluados como esquizofrénicos, fue una constante a lo largo de la historia de la institución en el siglo XX. Más del 50% de la población total albergada durante la guerra civil estaban diagnosticados de esquizofrenia, patología que fue también claramente preeminente en la posguerra. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 203 y Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p. 140.

¹⁵³⁵ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas, p.33.

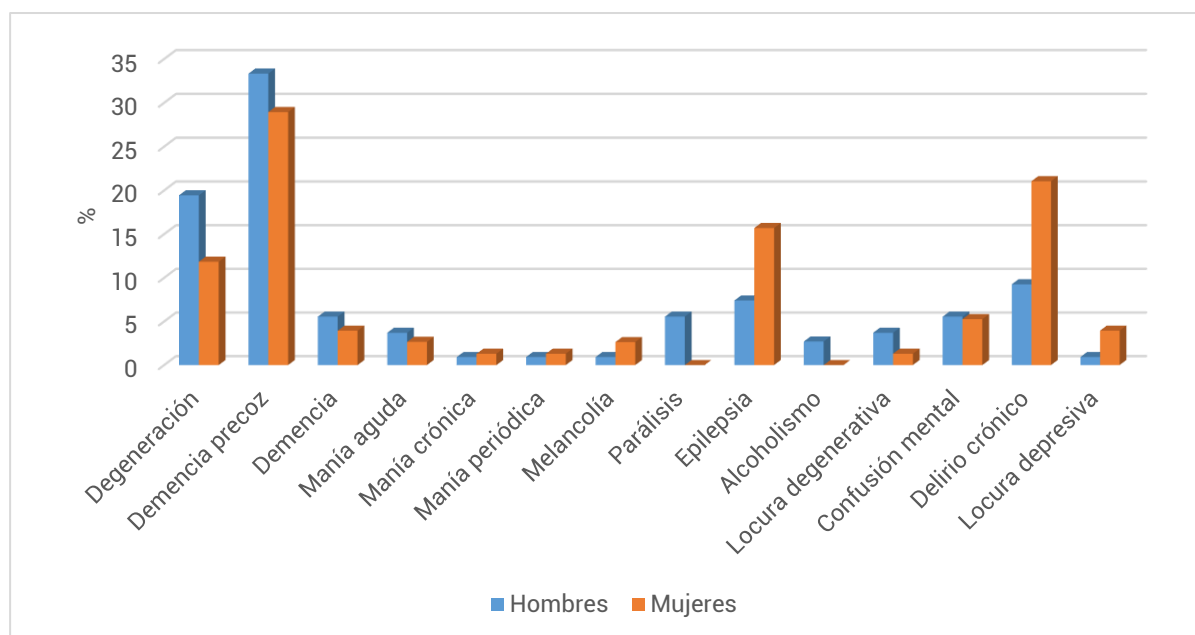


Figura 1. Diagnósticos de la población total ingresada en el Manicomio de Leganés a 31 de diciembre de 1915 en función del sexo.

Fuente: Anuario estadístico de 1915. Fondo documental del INE¹⁵³⁶

Al analizar la distribución de los diagnósticos de la población total de Leganés, en el año 1915, en función del sexo (figura 1) observamos cómo la degeneración, la demencia precoz, la parálisis -denominación que, probablemente, se refiera a la parálisis general progresiva- y el alcoholismo son más predominantes entre los varones, siendo estos dos últimos exclusivos de la población masculina. Por otra parte, el delirio crónico, la epilepsia, la melancolía y la locura depresiva prevalecen más entre las mujeres.

En la tabla 3 se comparan los diagnósticos (%) de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés y en el Sanatorio Dr. Esquerdo según el sexo.

¹⁵³⁶ Los datos que se aportan, reflejados en la tabla 2, están expresados en la figura 3 en porcentajes del total de hombres y del total de mujeres respectivamente, para poder ser comparados entre sí.

Diagnósticos	Manicomio de Leganés (%)			Sanatorio Dr. Esquerdo (%)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Degeneración	14,1	2,2	16,3	5,4	3,2	8,6
Demencia precoz	19,5	1,1	20,6	11,2	1,7	12,9
Demencia	3,2	1,7	4,9	6,2	7,4	13,6
Manía aguda	2,1	1,1	3,2	2,3	1,2	3,5
Manía crónica	0,5	0,5	1,1	2,7	1,2	3,9
Manía periódica	0,5	0,5	1,1	2,7	1,6	4,3
Melancolía	0,6	1	1,6	1,9	1,6	3,5
Parálisis	3,3	0	3,3	5,8	0	5,8
Epilepsia	4,3	6,6	10,9	5,8	3,1	8,9
Alcoholismo	1,6	0	1,6	1,5	0,8	2,3
Locura degenerativa	2,1	0,6	2,7	13,6	2,8	16,4
Delirio crónico	5,4	8,7	14,1	8,5	4,7	13,2
Locura depresiva	0,5	1,7	2,2	0	0	0

Tabla 3. Diagnósticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés y el Sanatorio Dr. Esquerdo a 31 de diciembre de 1915. Fuente: Anuario estadístico de 1915. Fondo documental del INE

En los datos registrados en el INE se observa que los grupos de degeneración y demencia precoz son más numerosos en el Manicomio de Leganés (16,3% y 20,3% en Leganés frente a 8,6% y 12,9% respectivamente en el Sanatorio del Dr. Esquerdo), mientras que las demencias y la locura degenerativa predominaron entre los pacientes de la institución privada (13,6% y 16,4% en el Manicomio Dr. Esquerdo frente a 4,9% y 2,7% en Santa Isabel, respectivamente). Es posible que las diferencias objetivadas entre los grupos de degeneración y locura degenerativa se deban a distintas acepciones de los “degenerados” en cada institución. Conviene señalar que Antón Fructuoso, en su trabajo sobre los ingresados en el Manicomio de Sant Boi, con poco más de 600 historias clínicas de los pacientes internados entre 1885 y 1939, donde el diagnóstico de locura degenerativa alcanzó a un porcentaje importante de la población, lo asemejaba, basándose en las descripciones clínicas, a la deficiencia mental¹⁵³⁷. Así mismo, se objetiva un mayor porcentaje de diagnósticos de manía crónica y periódica en el asilo de Carabanchel (figura 2).

¹⁵³⁷ Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, pp.196-216.

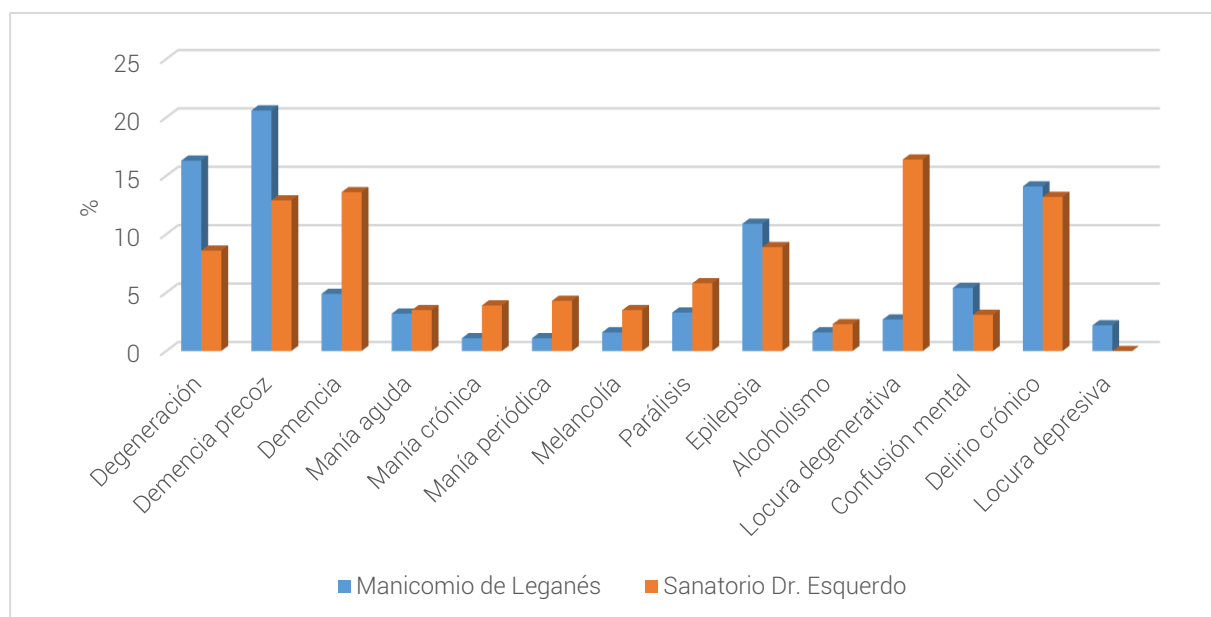


Figura 2. Diagnósticos de la población manicomial en el Manicomio de Leganés y en el Sanatorio Dr. Esquerdo a 31 de diciembre de 1915 (%). Fuente: Anuario estadístico de 1915. Fondo documental del INE¹⁵³⁸

LA NOSOLOGÍA PINELIANA Y ESQUIROLIANA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

En los siguientes apartados realizaremos el análisis de la terminología literal que se utilizó para diagnosticar a los pacientes nuevos que ingresaron en el Manicomio de Leganés, entre 1900 y 1931, con el objetivo de estudiar, como se ha comentado, las tendencias nosográficas y los cambios nosológicos ocurridos a lo largo de todo el periodo de estudio.

La introducción de la manía en la psiquiatría española

Como es sabido, la figura de Philippe Pinel (1745-1826) representa el mito fundacional de la psiquiatría¹⁵³⁹. Existe una tendencia a considerarlo el padre del tratamiento moral y el “liberador de los locos”¹⁵⁴⁰, si bien, esta humanización de la actitud hacia los enajenados

¹⁵³⁸ Los datos que se aportan están expresados en porcentajes del total de pacientes ingresados, para poder ser comparados entre sí.

¹⁵³⁹ Sobre este autor es de obligada referencia la obra de Dora B. Weiner: Weiner, D. (2002). *Phillippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. México: FCE. También se puede consultar: Garrabé, J. (2008). Philippe Pinel (1745-1826). Vida y obra científica. *Psiquiatría y Salud Mental*, XXV(3-4), 53 – 69 y Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 1, 263–280.

¹⁵⁴⁰ Weiner, D. (1992). Philippe Pinel's “Memoir on Madness” of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 725 – 732 y Aldo Conti, N. (2008). The moral treatment of Pinel in the origins of modern psychiatry. *Vertex*, 19(82), 394 – 396. Se ha descrito que el alienista francés se inspiró, para el inicio de estas prácticas, en las realizadas en el Manicomio de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza. Sobre esta cuestión véase: Espinosa Iborra, J. (1964). Un testimonio de la influencia de la psiquiatría española de la Ilustración en la obra de Pinel: El informe de José Iberti acerca de la asistencia en el Manicomio de Zaragoza (1791). *Asclepio*, XXVI, 179 – 182 y Sanjurjo Castela, G. y De Paz Ranz, S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 81–94.

mentales fue una tendencia generalizada en la Europa de la ilustración de finales del siglo XVIII¹⁵⁴¹. Así mismo, el alienista es considerado como uno de los fundadores de la clínica¹⁵⁴², destacando su labor tanto en el campo de la nosografía psiquiátrica con su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1800)¹⁵⁴³, como en el de la medicina interna, según dejó patente en su *Nosographie philosophique* (1798)¹⁵⁴⁴ y en *La Médecine Clinique* (1802), que le situó como uno de los primeros autores preocupado por la geriatría¹⁵⁴⁵. En su obra, considerada como el primer exponente de la psiquiatría científica¹⁵⁴⁶, el alienista acometió la tarea, superando las clasificaciones *more botanico*, de elaborar una clasificación de las enfermedades mentales basada en la lectura de la literatura médica, contrastada por su propia experiencia clínica en el Hospicio de Bicêtre¹⁵⁴⁷. Pinel clasificó las enfermedades mentales en melancolía, manía sin delirio, manía con delirio, demencia o abolición del pensamiento e idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas¹⁵⁴⁸. Posteriormente, en la segunda edición de su *Traité*, publicada en 1809, las especies de alienación mental quedaron reducidas a cuatro, al agrupar la manía con y sin delirio bajo un mismo epígrafe¹⁵⁴⁹. Con independencia del lugar que ocuparon en su clasificación -por

¹⁵⁴¹ Hoy se sabe que el legendario gesto de Pinel fue realizado también por muchos de sus contemporáneos como William Battie (1703-1776) en Londres, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Florencia, William Tuke (1732-1822) en York, Joseph Daquin (1732-1815) en Chambery. Véase Huertas, R. (2004), pp.28-29; Huertas, R. y Del Cura, M. (2004). Chiarugi vs Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont. *Frenia*, 4, 109-133. Sobre los orígenes del alienismo en Europa véase: Stagnaro, J. C. (2015). Introducción: En torno al origen del primer alienismo, *Asclepio*, 67 (2), p. 104, doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22>. A propósito de estas figuras se pueden consultar: Hunter, R. y Macalpine, I. (1955). William Battie, M.D., F.R.S.: pioneer psychiatrist. *The Practitioner*, 174(1040), 208 - 215; Kibria, A. y Metcalfe, N. (2014). A biography of William Tuke (1732-1822): Founder of the modern mental asylum. *Journal of medical biography*, 1 (1), 1-5; Aldo Conti, N. (2015). Vincenzo Chiarugi: La pazzia y el Reglamento de Bonifacio en los orígenes de la psiquiatría moderna. *Asclepio*, 67(2), 105, doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.23>; Mora G. (1959). Vincenzo Chiarugi (1759-1820) and his psychiatric reform in Florence in the late 18th century (on the occasion of the bi-centenary of his birth). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 14, 424-433; Mora, G. (1959). Bi-centenary of the birth of Vincenzo Chiarugi (1749-1820): a pioneer of the modern mental hospital treatment. *American Journal of Psychiatry*, 116, 267-271 y Vanni, D., Salomone, B., Pomini, D., Vanni, P. y Ottaviani, R. (1999). Joseph Daquin, Piedmontese Savoyard physician, a "not well-known chiarugi". *Vesalius*, 5(1), 30-40.

¹⁵⁴² Huertas describe esta clínica como aquella que necesita del método analítico de Condillac (1715-1780), de la historia natural como modelo de investigación y de la observación hipocrática para la descripción y clasificación de las enfermedades. Huertas, R. (2004), p. 30.

¹⁵⁴³ Pinel, P. (1800-An VIII-IXX). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. París: Caille et Ranvier. Esta obra fue traducida al castellano por Luis Guarnerio y publicada, en 1804, con el título *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental del alma o manía*, Madrid: Imprenta Real. En 1988 se reeditó esta traducción en la Colección "Clásicos de la Psiquiatría", Madrid: Ediciones Nieva.

¹⁵⁴⁴ En *Nosographie philosophique*, obra traducida a varios idiomas y utilizada como texto en toda Europa durante varios decenios, se pone de manifiesto el pensamiento anatómico-clínico de Pinel. En opinión de Pedro Marset, el alienista, acabando con el ontologismo nosológico, concebía las enfermedades como entidades basadas en lesiones de la estructura y de la función donde asientan, pero consideraba al síntoma como signo de lesión, y, por tanto, clave para clasificar las enfermedades. Pinel, P. (1988). [1804]. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental del alma o manía*. Madrid: Ediciones Nieva p. 21 (prólogo elaborado por Pedro Marset). Sobre el método anatomoclínico se puede consultar, Peset, J. L. (1993). *Las heridas de la ciencia*. Salamanca: Junta de Castilla y León.

¹⁵⁴⁵ Pinel, P. (1798-An VI--VII). *Nosographie philosophique au Méthode de l'analyse appliqué á la médecine*. París: Crapelet y Pinel, P. (1802). *La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière*. París: Brosson, Gabon et Cie. Tomadas de Huertas, R. (2004), pp.29-30.

¹⁵⁴⁶ Pinel, P. (1988). [1804], p. 14.

¹⁵⁴⁷ Huertas, R. (2004), p.31. Pinel dedicó casi 50 páginas a realizar una introducción histórica a modo de discusión metodológica, justificando el método de análisis y observación de Condillac, que defiende como instrumento imprescindible para convertir la psiquiatría en ciencia. Pinel, P. (1988), p. 32.

¹⁵⁴⁸ Pinel, P. (1988).

¹⁵⁴⁹ Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, 2ª édition. París: J. A. Brosion. Tomado de Huertas, R. (2004), p. 42.

separado o agrupadas-, Pinel consideraba la existencia de dos tipos de manía: una “manía delirante” que podía ser continua o periódica, y una “manía sin delirio”¹⁵⁵⁰, antecedente inmediato de la monomanía esquiroliana, caracterizada por accesos o paroxismos periódicos que obedecían a una perversión de las funciones afectivas y cursaban sin alteraciones del juicio¹⁵⁵¹.

Tres décadas más tarde de la segunda edición del trabajo de Pinel vería la luz *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, elaborada por su discípulo Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840)¹⁵⁵². En esta obra, en la que recopiló una serie de trabajos monográficos publicados con anterioridad¹⁵⁵³, el autor, considerado inspirador e impulsor de la conocida Ley de Alienados francesa de 1838¹⁵⁵⁴, siguiendo el marco teórico y metodológico establecido por su maestro, describió cinco formas generales de locura: lipemanía (melancolía de los antiguos), monomanía, manía, demencia e imbecilidad o idiotismo¹⁵⁵⁵. Rafael Huertas apunta como principales novedades de Esquirol, en relación con la sistemática pineliana, el intento de precisar el concepto de “manía sin delirio” reemplazándolo por el de monomanía, que definía como “*delirio que se limita a un único objeto o a un pequeño número de ellos con excitación y predominio de una*

¹⁵⁵⁰ Durante el periodo en que el autor estableció su clasificación nosográfica, el término *délire* se refería a los trastornos del intelecto, las emociones o de la conación y, por tanto, tal y como apunta German Berrios, no puede traducirse completamente como delirio o *delusion*, término que desde el siglo XVII tenía en inglés un significado exclusivamente intelectualista. Por otra parte, *manie* se refería a los estados de furor persistente y a la psicosis florida, y poco tenía que ver con la noción actual de manía. Esta fue, en opinión de Berrios, la razón por la que Pinel se preguntó si podía existir la manía sin una lesión del intelecto, criticando en su tratado a John Locke, que consideraba la manía como inseparable del *délire*. Si bien la descripción de Pinel fue aceptada por algunos de sus contemporáneos como Heinroth, también fue rechazada por otros como Henke en base al principio de la unidad de la mente humana. Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica, p.517-519.

¹⁵⁵¹ Huertas, R. (2004), p.42.

¹⁵⁵² Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris : Chez J. B. Baillière. Libraire de L'Académie impériale de Médecine. Sobre el autor se puede consultar el artículo de Rafael Huertas en el que se analiza la obra del alienista francés y sus principales contribuciones a la semiología desde una concepción anatómo-clínica. Huertas, R. (2008a). Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). *History of Psychiatry*, 19(2), 123 – 140. También: Mora, G. (1972). On the bicentenary of the birth of Esquirol (1772-1840), the first complete psychiatrist. *The American Journal of Psychiatry*, 129(5), 562 – 567 y Parades, V. (2015). Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). *Journal of Medical Biography*, 23(3), 179 – 180.

¹⁵⁵³ Huertas, R. (2004), p.47.

¹⁵⁵⁴ Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.

¹⁵⁵⁵ Este alienista consideraba que “*la locura puede afectar sucesiva y alternativamente a todas estas formas; la monomanía, la manía, la demencia se reemplazan, se alternan y se complican a lo largo de una misma enfermedad, de un mismo individuo*”, afirmación que llevó a Bartolomé Llopis a considerarle como uno de los primeros representantes de la teoría de la psicosis única a pesar de que el propio Esquirol añadiera a continuación que “*no compartía esta forma de ver las cosas*”, considerando “*los géneros (...) suficientemente diferentes como para que puedan ser confundidos*”. Véase: Esquirol, J. E. D. (1997). [1838]. *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Dorsa, pp.37-38; Llopis, B. (1954). La psicosis única. *Archivos de Neurobiología*, 17, p.2-39 y 141-163, p.3. Huertas analiza esta cuestión en: Huertas, R. (1999).

*pasión alegre y expansiva*¹⁵⁵⁶, y también, la diferenciación entre demencia e idiotismo, identificando éste como una deficiencia mental primaria¹⁵⁵⁷.

En España, la introducción de la nosología pineliana y esquiroliana se produjo de la mano de alienistas como Pedro Mata (1811-1877) que, en su *Tratado de la razón humana en estado de enfermedad*, dedicó una lección a la manía, impartida el 27 de marzo de 1858, diferenciándola claramente del idiotismo y de la imbecilidad¹⁵⁵⁸. Por otra parte, Juan Giné y Partagás (1836-1903), en su *Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología* consagró sendos capítulos al estudio de la manía, melancolía y monomanía¹⁵⁵⁹. Este último definía la manía como *“la forma más frecuente de locura, en términos que las estadísticas más recientes demuestran que los maniacos forman la sexta parte de la población de los manicomios”*¹⁵⁶⁰. En las primeras décadas del siglo XX siguieron las alusiones a la esta entidad nosológica en las publicaciones españolas¹⁵⁶¹. Entre éstas destaca el artículo que Enrique Fernández Sanz publicó, en 1929, en la revista *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* abordando las dificultades nosológicas propias de la manía crónica:

“En términos genéricos y dentro de la ambigüedad y de la imprecisión que desgraciadamente reina en la nomenclatura psiquiátrica, el concepto de manía no puede tener más que un valor sindrómico, como aplicable a un conjunto de síntomas coherente, definido, en relación de mutua dependencia y susceptible de

¹⁵⁵⁶ Esquirol, J. E. D. (1997), p.37. El concepto no fue bien acogido por los frenópatas de la época y, dos décadas después sería, en palabras de German Berrios, liquidado en una reunión de la *Société Médico-Psychologique*, cuando se dijo, en 1854, que no ofrecía ventaja alguna sobre la antigua noción de Pinel. Consultese: Berrios, G. E. (2008), p.520. En España, donde los médicos tuvieron acceso a la traducción del *Dictionnaire des sciences médicales*, de 1819, en el que Esquirol definía la monomanía tan solo cinco años después de su publicación, también se originaron debates en torno a la existencia de esta entidad a mediados del siglo XIX. Véase como ejemplo las publicaciones difundidas en los años 1857 y 1858 por Francisco Castellví y Pallarés (1812-1879) en el *Siglo Médico*: Castellví y Pallarés, F. (1857a). ¿Puede haber monomanía sin delirio?. *Siglo Médico*, 4,18; Castellví y Pallarés, F. (1857b). Sobre la monomanía sin delirio. *Siglo Médico*, 4, p.369-371; 377-379; 393-395; 401-402; Castellví y Pallarés, F. (1858). Sobre la monografía de la monomanía. *Siglo Médico*, 5, 363-364, entre otras. Sobre este médico catalán se puede consultar: Rey González, A. (1983c). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX (V): Francisco Castellví y Pallarés (1812-1879). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(8), 103-116. Sobre la introducción del concepto de monomanía en España véase: Martínez Pérez, J. (1995). Problemas científicos y socioculturales en la difusión de una doctrina psiquiátrica: la introducción del concepto de monomanía en España (1820-1864). En E. Arquiola y J. Martínez Pérez (coords.). *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (Siglos XVIII-XX)* (pp. 489-520). Madrid: Editorial Complutense.

¹⁵⁵⁷ Esquirol describía la idiocia como *“aquel estado en el que las facultades intelectuales no se han manifestado nunca, o no se han podido desarrollar”*, lo que le permitió diferenciarlo de la demencia ya que mientras la idiocia *“comienza con la vida o en la edad que precede al desarrollo completo de las facultades intelectuales y afectivas”*, la demencia como la monomanía y la manía, no debuta hasta después de la pubertad. Esquirol, J. E. D. (1818). *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris: Panckoucke, t. 23, pp. 507 y ss. Tomado de Huertas, R. (2004), p.56.

¹⁵⁵⁸ Mata, P. (1878). *Tratado de la razón humana en estado de enfermedad*. Madrid: Bailly-Bailliere, pp. 377-411.

¹⁵⁵⁹ Giné y Partagás, J. (1876). *Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología*. Madrid: Moya y Plaza. Libreros editores. Sobre el autor véase: Rey González, A. (1982). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Juan Giné y Partagás. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4, 99-110 y Diéguez Gómez, A. (1998). El problema de la nosografía en la obra psiquiátrica de J. Giné y Partagás. *Asclepio*, 50(1), 199-221.

¹⁵⁶⁰ Giné y Partagás, J. (1876), p.357. Sobre la introducción del concepto de manía en la psiquiatría española del siglo XIX consúltese: Plumed, J. (2008). El concepto de Manía en la Psiquiatría española del XIX. En: J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords.). *La gestión de la locura: Conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp.19-62). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.

¹⁵⁶¹ Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006). *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Destacan los artículos sobre este concepto publicados por el director del Manicomio de Conxo, Juan Barcia Caballero, a principios de siglo: Barcia Caballero, J. (1901a). Manía aguda, ¿producida por la tenia?. *Siglo Médico*, 48, 780-781; Barcia Caballero, J. (1901b). Un caso de manía aguda curada a beneficio de una erisipela facial. *Revista de Especialidades Médicas*, 4, 341-343.

*presentarse en muy variadas circunstancias, por lo tanto, su significación nosotóxica, su filiación etiopatogénica y su trascendencia pronóstica pueden ser muy distintas, según los casos, pero siempre conservando su carácter de síndrome*¹⁵⁶².

Los diagnósticos pinelianos y esquirolianos en Leganés

Durante la mayor parte del siglo XIX los diagnósticos de los pacientes ingresados en el Manicomio se habían ajustado a la nosografía descrita por Pinel y su discípulo Esquirol¹⁵⁶³. En los primeros años del siglo XX se mantiene este predominio siendo frecuente el diagnóstico de "manía", utilizado en 67 pacientes (siete como segundo diagnóstico), que suponen el 6,4% del total de los ingresos entre 1900 y 1931¹⁵⁶⁴. Estos diagnósticos aparecen representados en diversas formas clínicas, algunas ajustadas a las formas pinelianas si bien, en otras se observan diferentes variantes -manía suicida, manía lipemaniaca, manía persecutoria, manía depresiva, con alucinaciones, manía religiosa, hipocondriaca, tranquila, agitada, manía crónica periódica, manía aguda, síndrome de furor maniaco, megalomanía, cleptomanía, dromomanía impulsiva,...etc.-. La lipemanía, descrita por Esquirol como el *"delirio sobre un objeto o un pequeño número de objetos con predominio de una pasión triste y depresiva"*¹⁵⁶⁵, fue menos frecuente (doce pacientes, lo que corresponde al 1,1% del total de ingresos) y prácticamente desapareció, a partir de 1910. Sin duda, la escasa aceptación del término esquiroliano, acuñado para sustituir a la melancolía descrita por Pinel medio siglo atrás¹⁵⁶⁶, ya se encontraba en desuso, tal y como demuestran las raras publicaciones españolas sobre lipemanía. De hecho, según el repertorio de Rey González, tan solo se han localizado dos artículos que abordan su estudio, ambos firmados por Vicente Ots y Esquerdo, en los primeros años del siglo¹⁵⁶⁷.

¹⁵⁶² Fernández Sanz, E. (1929a). El problema nosológico de la manía crónica. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 30, 625 – 628, p.626.

¹⁵⁶³ Mollejo Aparicio, E. (2011). *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM, pp.197-225. En este trabajo la autora describe 406 casos de manía, 92 de monomanía y 112 de lipemanía del total de más de 2000 ingresos que se produjeron en el periodo señalado.

¹⁵⁶⁴ Este porcentaje es similar al registrado para la población total albergada en la institución en el año 1915, cuando la manía (aguda, crónica y periódica) ocupó el 5,4% del total de pacientes internados. Anuario Estadístico del INE (1915). Fondo documental del INE.

¹⁵⁶⁵ Esquirol, J. E. D. (1997), p.37.

¹⁵⁶⁶ La lipemanía se ha considerado como un término puente que sirvió para catalizar la transición entre la antigua noción de melancolía (como trastorno primario del intelecto) y la nueva (como trastorno primario del afecto). De hecho, no tuvo acogida en un buen número de países europeos como Alemania, Austria, Suiza o Gran Bretaña. Véase: Berrios, G. E. (2008), p. 383. Berrios señala que bajo la influencia de la psicología de las facultades, y en la creencia de que la melancolía era un trastorno primario de las emociones, Esquirol criticó la palabra melancolía, *"consagrada en el lenguaje popular para describir el habitual estado de tristeza que afecta a ciertos individuos, debería dejársele a los poetas y a los moralistas, cuya vaga expresión no está sujeta a las exigencias de la terminología médica"*. Esquirol, J.E.D. (1820). *Melancolie. Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris: Panckoucke, p.148. Tomado de Berrios, G. E. (2008), p.382.

¹⁵⁶⁷ Ots y Esquerdo, V. (1903). Lipemanía aguda. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 58, 165-168 y Ots y Esquerdo, V. (1906). Lipemanía estuporosa. *Revista de Especialidades Médicas*, 9, 223-225.

Por otra parte, no se ha observado ningún paciente diagnosticado de monomanía, diagnóstico clave en el desarrollo del alienismo y la medicina legal de la primera mitad del siglo XIX¹⁵⁶⁸, a pesar de que se ha registrado, tal y como hemos apuntado en el capítulo I de este trabajo, el ingreso de 23 pacientes procesados. Este concepto, empleado en cerca de un centenar de pacientes decimonónicos, había sido utilizado por José María Esquerdo (1842-1912) en las consideraciones forenses de Garayo "El Sacamantecas"¹⁵⁶⁹. De hecho, la figura 3 ilustra la franca disminución de la utilización de estos términos, a medida que avanza el siglo XX, siendo prácticamente inexistentes entre la población general manicomial en épocas posteriores¹⁵⁷⁰.

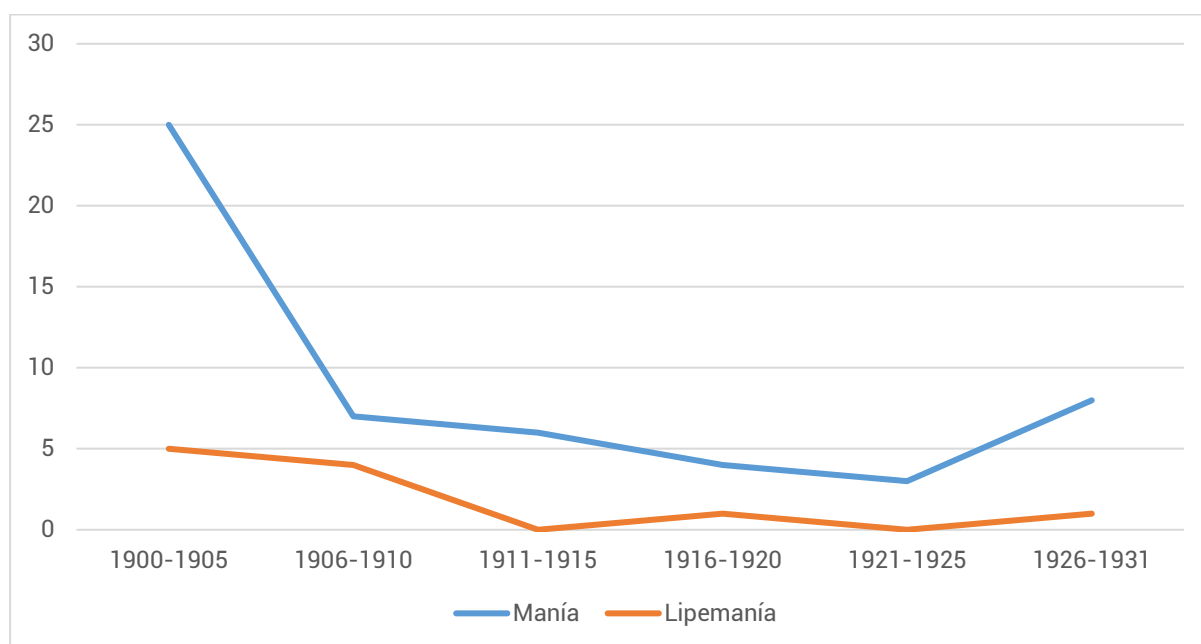


Figura 3. Evolución de los diagnósticos de manía y lipemanía en los pacientes que ingresaron el Manicomio de Leganés (1900-1931)

La manía, lipemanía y monomanía en otras instituciones españolas

La utilización de la nosografía pineliana y esquiroliana, casi un siglo después de su descripción, fue común en otras instituciones manicomiales españolas en los primeros años del siglo XX. En 1909, Miguel Gayarre (1866-1936), al enumerar los diagnósticos de los pacientes dados de alta por curación en el Manicomio de Ciempozuelos en el año anterior,

¹⁵⁶⁸ Martínez Pérez, J. (1995).

¹⁵⁶⁹ Huertas, R. (2003). Elaborando doctrina: teoría y retórica en la obra de José María Esquerdo (1842-1912). *Frenia*, 3(2), 81-109, p.92.

¹⁵⁷⁰ Vázquez de la Torre, R. (2008). Durante la guerra se diagnosticaron cuatro pacientes, de un total de 64 ingresos de manía aguda, uno de ellos como segundo diagnóstico y, en la posguerra, ingresaron dos pacientes con manía aguda y, otros dos, con manía crónica, de un total de 615 historias clínicas. Se puede consultar en Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). Anexo XV, tabla A5 y Conseglieri Gámez, A. (2013). Anexo 18, tabla A 4.

describía cuadros como manía de origen alcohólico, psicosis maniaca, excitación maniaca, manía aguda, acceso maniaco o lipemanía¹⁵⁷¹. Así mismo, en el Manicomio de Conxo, las "manías", que junto a la melancolía y la locura circular eran incluidas en las llamadas "*locuras esenciales, sin lesión causal permanente generales*"¹⁵⁷², ocuparon el 13,4% del total de la muestra de los 528 pacientes que ingresaron en dicha institución entre 1885 y 1919¹⁵⁷³.

En Sant Boi de Llobregat también ingresaron pacientes maniacos, a finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, apreciándose denominaciones similares a las de Leganés como manía crónica, accesos maniacos, excitación maniaca, manía aguda o "locura intermitente forma maniaca". Del total de 343 historias clínicas de pacientes ingresados entre 1900 y 1939 en la citada institución catalana, tan solo se han registrado seis diagnósticos relacionados con la manía¹⁵⁷⁴, porcentaje muy inferior al referido por el director de la institución, Antonio Rodríguez Morini (1863-1937) en sus informes sobre la actividad clínica desarrollada en el establecimiento. En la Memoria del año 1904 fueron internados once pacientes maniacos del total de 145 ingresos, número que aumentaría a 17 (doce varones y cinco mujeres) de 175 ingresos, dos años después¹⁵⁷⁵. Según los resultados del estudio de Antón Fructuoso, al igual que en la Casa de Santa Isabel, en Sant Boi no se diagnosticó de monomanía ni de lipemanía, nomenclatura ésta última que, como ya hemos señalado, si apareció, aunque de forma residual, en las historias de Leganés¹⁵⁷⁶.

Por otra parte, en la memoria de actividad del Manicomio de Navarra, elaborada por Manuel Gurriá Estapé correspondiente al año 1905, se especificó la presencia de 16 pacientes diagnosticados de "síndrome maniaco" (ocho varones y ocho mujeres), de un total de 251 albergados¹⁵⁷⁷. El director de la institución argumentaba que el escaso número de casos de manía registrados podía depender del:

"Concepto moderno que se ha formado de esta enfermedad. Hasta hace poco ha sido considerable la manía, como una enfermedad autónoma, pero hoy hay tendencia a cercenarle ese carácter, asignándole solo el de estado vesánico sintomático, más o menos definido, en el que hay predominio de euforia y expansiones, sin más valor nosológico que el que tienen otros síntomas, tales

¹⁵⁷¹ Gayarre, M. (1909). Memoria de los Manicomios de Ciempozuelos. *Revista Frenopática Española*, 7, 154 – 158, p.155.

¹⁵⁷² Esta denominación corresponde al primer grupo de la clasificación establecida por Juan Barcia Caballero en su obra *De Re-Phrenopática*, editada en 1915. Puede consultarse la reedición de 1999, en Barcia Caballero, J. (1999). [1915]. *De Re-Phrenopática y otros artículos*. Santiago: Xunta de Galicia. Según Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998). Historia del Manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). *Siso Saude*, 31, 17–30, pp.20–21, había sido descrita años atrás y utilizada en la elaboración de las memorias del asilo en 1890.

¹⁵⁷³ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.24.

¹⁵⁷⁴ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196–216.

¹⁵⁷⁵ Rodríguez Morini, A. (1905). El Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Memoria medica correspondiente al año 1904, presentada a la diputación provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 3(35), 335 – 341, p.338 y Rodríguez Morini, A. (1907). Memoria medica correspondiente al año 1906, presentada a la Excelentísima Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 60, 353 – 360, p.356.

¹⁵⁷⁶ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196–216.

¹⁵⁷⁷ Tomado de: Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud, p.328.

como el estupor, las alucinaciones, convulsiones y otros elementos psicopáticos, que no son realmente entidades nosológicas, sino episodios, que acompañan ya exclusiva, ya accidentalmente a ciertas vesania"¹⁵⁷⁸.

Terminaba considerando la manía para *"aquellas psicopatías en que hay (...) en resumen, manifestación eufórica y tumultuosa de todas las actividades psicofísicas del organismo"*¹⁵⁷⁹. No hay que olvidar que habían pasado seis años desde la publicación de la sexta edición del tratado de Emil Kraepelin, donde el autor planteó, por primera vez, una distinción entre la locura maniaco-depresiva y la demencia precoz¹⁵⁸⁰. Gurría también señalaba la presencia de 29 casos de lipemanía (14 varones y 15 mujeres) en la institución, concepto que utilizaba como el de melancolía, sin establecer diferencias entre ambos¹⁵⁸¹.

La nosología pineliana y esquiroliana puede apreciarse también en establecimientos hispanoamericanos, como el Manicomio General de la Castañeda, en México, donde entre 1910 y 1920 se diagnosticaron cuatro casos de lipemanía y 50 de manía de un total de 1323 internamientos, entre los que se incluyen, además de la propia manía, las formas de manía aguda, manía crónica y manía intermitente¹⁵⁸².

El predominio de la melancolía

A principios del siglo XIX la melancolía era, en opinión de German E. Berrios, *"sólo un término genérico para los estados de insania cuya característica común era la presencia de unos cuantos (a diferencia de muchos) delirios"* sin que se consideraran la tristeza y el ánimo bajo como síntomas definitorios¹⁵⁸³. A pesar de esto, su uso fue restringiéndose al campo médico y el significado se asoció al de enfermedad melancólica, no sin bastantes dificultades debidas, en gran parte, a la inabarcable amplitud semántica del propio término, cuyas connotaciones se extendían a numerosos ámbitos de la cultura, además de la medicina y la filosofía. Desde esta perspectiva, la denominación de "melancolía" era un término frecuentemente utilizado por poetas, artistas, filósofos y médicos¹⁵⁸⁴. En la transición del XIX,

¹⁵⁷⁸ Aztarain Díez, J. (2005), p.329.

¹⁵⁷⁹ Ibídem.

¹⁵⁸⁰ El concepto de manía de Kraepelin difería bastante del que se había tenido a lo largo del siglo XIX. Berrios señala que éste fue primero restringido y su residuo se redefinió, bajo la influencia de la psicología de las facultades, como un trastorno primario del afecto y de la acción. Berrios, G. E. (2008), p.375 y Hare, E. H. (2002a). Las dos manías: un estudio de la evolución del concepto moderno de manía. En E. H. Hare. *El origen de las enfermedades mentales* (pp.143-172). Madrid: Editorial Triacastela. Sobre los diagnósticos de psicosis maniaco-depresiva y sus conceptos predecesores descritos por Falret y Baillarger, profundizaremos en un apartado posterior de este mismo capítulo.

¹⁵⁸¹ Aztarain Díez, J. (2005), p.330.

¹⁵⁸² Ríos Molina, A. (2013). *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México D. F.: El Colegio de México, A. C.

¹⁵⁸³ Berrios, G. E. (2008), p. 375.

¹⁵⁸⁴ Cotard, J. y Séglas, J. (2008). [1882]. *Delirios melancólicos. Negación y enormidad*. Madrid: Ergon, p. XVII-XVIII.

aparecieron otras denominaciones como la "tristimania" adoptada por Benjamin Rush (1746-1813), la "frenalgia" del belga Joseph Guislain (1797-1860) o la ya descrita "lipemanía" de Esquirol. A pesar de esto, el término "melancolía", que Pinel definió como una enfermedad caracterizada por un número limitado de delirios que *"por lo general (...) permanece estacionaria durante muchos años, sin que el delirio exclusivo que es su objeto, mude carácter, ni haya alteración en lo físico, ni en lo moral"*¹⁵⁸⁵, ha permanecido en el lenguaje psiquiátrico hasta nuestros días. Berrios apunta cómo, a partir de 1820, algunos cambios conceptuales determinaron que la "melancolía" ya no podía ser un subtipo de manía, ni un trastorno primario del intelecto o irreversible, siendo sustituido por "depresión"¹⁵⁸⁶, definido en la primera edición del *Manuel* de Regis. Este *"estado opuesto a la excitación"* consistía en la *"disminución de la actividad general que podía ir de fallas menores de la concentración a la parálisis total"*¹⁵⁸⁷. En opinión del historiador británico, los médicos prefirieron el término depresión al de melancolía, porque hacía pensar en una explicación más fisiológica¹⁵⁸⁸. Así constituida, la definición fue ampliándose al añadirsele una serie de síntomas y de estados, que iban del estupor a los delirios nihilistas¹⁵⁸⁹.

De los 1041 ingresos producidos en el Manicomio de Leganés, entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, hemos registrado 47 pacientes (que constituyen un 4,5% de la muestra total y cuya evolución se muestra en la figura 4)¹⁵⁹⁰, diagnosticados de melancolía en sus diferentes variedades- melancolía, síndrome melancólico, melancolía de evolución, con ansiedad, con tendencias o ideas suicidas, melancolía simple, con agitación motora, fase melancólica de la psicosis de Kraepelin, demencia melancólica de involución, melancolía con ideas delirantes de carácter religioso, melancolía presenil, de origen alcohólico, constitucional o accesos melancólicos con sitofobia- y dos internos evaluados como demencia y síndrome delirante polimorfo fondo demencial, a los que se les añadió la melancolía como segundo diagnóstico¹⁵⁹¹. En tan sólo un paciente se hizo referencia a la

¹⁵⁸⁵ Pinel, P. (1988). [1804], p.145 y Berrios, G. E. (2008), p.381.

¹⁵⁸⁶ Berrios, G. E. (2008), p.376. Al respecto se puede consultar: Pereña García, F. (1995). ¿Depresión o melancolía?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(52), 73-77.

¹⁵⁸⁷ Regis, E. (1885). *Manuel Pratique de Médecine Mentale*. Paris: Octave Doin, p.77.

¹⁵⁸⁸ Berrios, G. E. (2008), p.376.

¹⁵⁸⁹ Berrios, G. E. (1981a). Stupor: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 11(4), 677 - 688. Sobre el estupor melancólico descrito por el médico gallego Juan Barcia Caballero se puede consultar: Villasante, O. (2001). El estupor melancólico bajo los presupuestos orgánicos de Juan Barcia Caballero (1852-1926). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.277-289). Ourense: Rodi Artes Gráficas. El *délire des négations* fue descrito en 1882 por Jules Cotard (1840-1889) para referirse a casos en los que los pacientes presentaban una marcada tendencia a negarlo todo, llegando incluso a negar la existencia de sí mismos o del mundo, delirios que podían ser los únicos síntomas que quedaran durante el estado crónico de la melancolía. Berrios, G. E. (2008), pp.385-387. Se puede consultar una traducción del trabajo de Cotard en: Cotard, J. y Ségla, J. (2008).

¹⁵⁹⁰ Esta cifra es considerablemente mayor que la ofrecida por la estadística del INE para el año 1915, en la que se registró que la melancolía constituía el 1,6% del total de la población manicomial. Anuario estadístico del INE (1915). Fondo documental del INE.

¹⁵⁹¹ Historias clínicas XX-205 y XX-420. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

presencia de posibles delirios nihilistas, como es el caso del religioso que ingresó el 3 de octubre de 1914 a los 68 años de edad, evaluado como una “demencia senil con síntomas melancólicos de negación”¹⁵⁹². Así mismo, hemos registrado quince casos de melancolía de involución, dos de ellos asociados a demencia presenil. No hay que olvidar que Enrique Fernández Sanz, en su clasificación de enfermedades mentales, publicada en 1907, situaba la melancolía afectiva, junto a la demencia senil, en el grupo de psicosis de involución¹⁵⁹³.

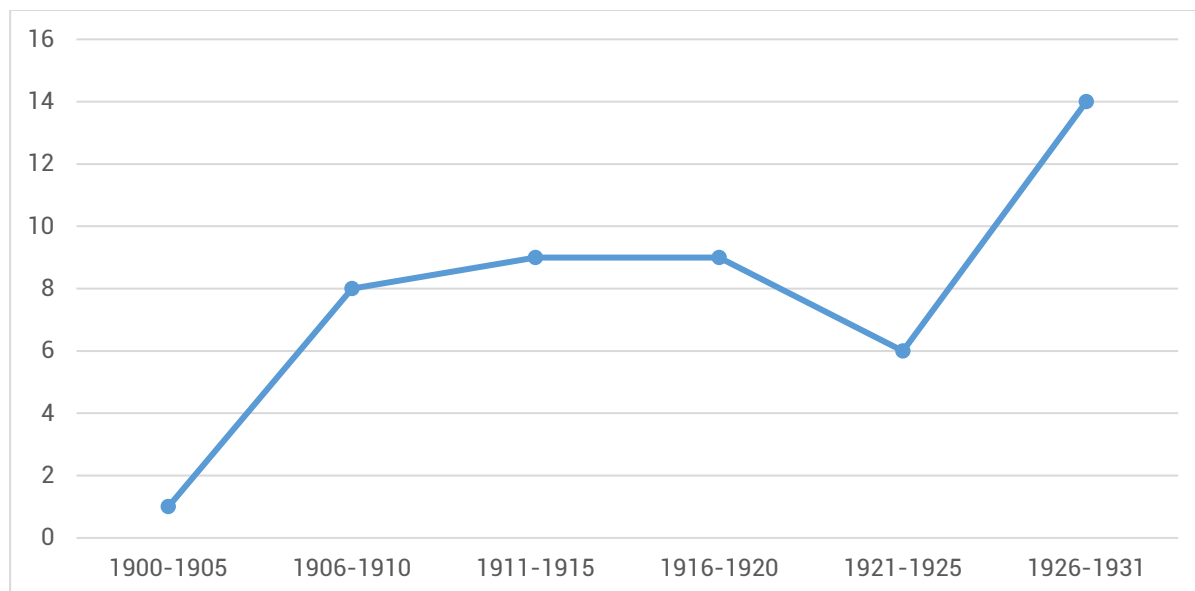


Figura 4. Evolución de los diagnósticos de melancolía entre los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Los síndromes melancólicos en Leganés son similares a los registrados entre los ingresados en el Manicomio de Sant Boi en 1906¹⁵⁹⁴, si bien suponen la mitad de otras instituciones como el Manicomio de Conxo, donde el grupo de las melancolías alcanzó el 8,7% del total de ingresos entre 1885 y 1919¹⁵⁹⁵. Así mismo, son superiores a los referidos por Mollejo en la propia institución en épocas previas¹⁵⁹⁶. Durante la guerra sólo dos pacientes de 64 fueron diagnosticados de melancolía de involución¹⁵⁹⁷ y, en la posguerra ingresaron 22 melancólicos¹⁵⁹⁸, lo que supone el 3,5% del total, porcentaje ligeramente inferior al obtenido con los internados de las primeras décadas del siglo XX.

¹⁵⁹² Historia clínica XX-396. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁵⁹³ Fernández Sanz, E. (1907a), pp. 61-62.

¹⁵⁹⁴ Rodríguez Morini, A. (1907), p.356.

¹⁵⁹⁵ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.24.

¹⁵⁹⁶ Mollejo Aparicio, E. (2011), p.196.

¹⁵⁹⁷ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5.

¹⁵⁹⁸ Entre las denominaciones se incluyen conceptos similares a las de nuestro periodo de estudio como: melancolía en fase de involución, melancolía de involución, síndrome melancólico, melancolía con ansiedad, pero también otros no registrados en las primeras décadas del siglo XX: melancolía en fase regresiva, melancolía en remisión, melancolía rígida, o melancolía cicloide. Conseglieri Gámez, A. (2013), Anexo 18, tabla A4.

La terminología relacionada con la depresión¹⁵⁹⁹, por el contrario, fue escasamente utilizada en Leganés en el primer tercio del siglo XX, habiendo contabilizado tan solo cuatro pacientes -estado de depresión con delirio de forma melancólica (1914), síndrome depresivo de tipo paranoico (1916) y manía depresiva, una de origen hereditario (1918) y uno que, además de ser evaluado como melancólico, se añadió el diagnóstico de manía depresiva (1921)¹⁶⁰⁰-. Al contrario de lo ocurrido en otras instituciones¹⁶⁰¹, no se ha registrado el uso de esta nomenclatura a lo largo del siglo XIX¹⁶⁰², ni en los años de la contienda¹⁶⁰³. Posteriormente se hizo más frecuente de manera que, durante la posguerra, ingresaron 19 pacientes depresivos de un total de 615, ocho de los cuales fueron diagnosticados también de psicosis maniaco-depresiva¹⁶⁰⁴.

La depresión también se empleó como diagnóstico en otras instituciones psiquiátricas coetáneas como el Manicomio de Ciempozuelos donde, en 1908, tres internos con "depresión mental" fueron dados de alta, curados¹⁶⁰⁵.

DELIRIOS Y PARANOIA

Dado que nuestro objetivo en este capítulo es analizar las diferentes variedades delirantes halladas en las historias clínicas, nos parece imprescindible realizar una breve introducción a la importancia de la escuela francesa en esta área de la psicopatología. No pretendemos realizar un análisis pormenorizado de la terminología, sino una somera aproximación a los autores más relevantes y la cronología de los conceptos que se introdujeron en psiquiatría para valorar su penetración en las instituciones españolas y, concretamente, en el Manicomio de Leganés.

¹⁵⁹⁹ Conviene señalar que el término "depresión", popular en la medicina cardiovascular del siglo XIX para referirse a una disminución de las funciones, se usó inicialmente como análogo a la "depresión mental", abandonando posteriormente el adjetivo de "mental", de manera que, a mediados del siglo XIX, apareció en los diccionarios médicos. Véase Berrios, G. E. (2008), p.376.

¹⁶⁰⁰ Historia clínica XX-635. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁰¹ En el Manicomio de Sant Boi ingresaron pacientes diagnosticados de depresión en el siglo XIX. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁶⁰² Mollejo Aparicio, E. (2011), p.228.

¹⁶⁰³ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5.

¹⁶⁰⁴ Entre 1959 y 1952 se diagnosticaron pacientes con depresión endógena, síndrome depresivo, distimia depresiva, depresión angustiosa o síndrome depresivo en regresión. Conseglieri Gámez, A. (2013), Anexo 18, tabla A4.

¹⁶⁰⁵ Gayarre, M. (1909), p.155.

La escuela francesa: del primer al segundo “clasicismo”¹⁶⁰⁶

Los delirios ocuparon un espacio privilegiado en la teoría y en la práctica de los psiquiatras franceses durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX¹⁶⁰⁷. En 1852, Charles Lasègue (1816-1883) describió el delirio de persecución, producto de la observación centrada de un grupo numeroso de delirantes, todos ellos capturados por una idea común y predominante: la persecución a la que estaban sometidos. El autor consideraba que la creencia de persecución era secundaria y estaba causada por la necesidad de dar una explicación a las impresiones morbosas que presentaban los pacientes¹⁶⁰⁸. Ese mismo año Joseph Guislain (1797-1860) definió su *monodélire accusateur*¹⁶⁰⁹ y, en 1860, Morel retrató un delirio hipocondriaco que arrancaba del delirio de persecución y que con el tiempo se transformaba en delirio ambicioso. Cuatro años más tarde, Jean-Pierre Falret (1794-1870)¹⁶¹⁰, consignó los tres periodos evolutivos del delirio de persecución-incubación, sistematización y delirio estereotipado-. Su hijo, Jules Falret (1824-1902), en la década posterior, reestructuraría de nuevo el delirio de Lasègue en tres fases: incubación e interpretaciones delirantes, sistematización y alucinaciones auditivas¹⁶¹¹. En esa misma década se describieron los *délires des grandeurs*, acuñados por Achille L. Foville (1799-1878)¹⁶¹². De entre todos los delirios surgidos como referencia crítica al delirio de Lasègue, destaca el delirio crónico de evolución sistemática formulado, en 1892, por Valentin Magnan (1835-1916)¹⁶¹³, aunque ya lo había elaborado y explicado con anterioridad en diversas sesiones clínicas celebradas en la *Société Médico-Psychologique*, en la década de los

¹⁶⁰⁶ Este término es utilizado por Fernando Colina y José María Álvarez para diferenciar las dos generaciones de autores primordiales en la evolución conceptual del delirio. Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994). *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Dorsa.

¹⁶⁰⁷ Sobre la historia del delirio y su conceptualización se puede consultar: Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia, Clínica, Metateoría*. Madrid: Editorial Trotta y Álvarez, J. M. (1996b). Límites de la concepción fenomenológica del delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 257–276.

¹⁶⁰⁸ Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 35.

¹⁶⁰⁹ Categoría en la que retrató un grupo de enfermos que decían ser víctimas de complots sórdidos pero su respuesta era el ataque, acusando a quienes creían estar implicados en su persecución, descripción que desembocaría, posteriormente, en el término *persécutes-persécuteurs*. Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 35.

¹⁶¹⁰ Sobre Falret y su obra se puede consultar la interesante recopilación de sus lecciones clínicas realizada bajo la dirección de Juan Carlos Stagnaro, Falret, J-P (2015), *Las enfermedades mentales y los asilos para alienados*. Buenos Aires: Polemos.

¹⁶¹¹ Un año antes de esta redefinición de las fases que había establecido su padre, en 1877, Jules Falret describió junto a Lasègue, una variedad de perseguidos co-delirantes: la *folie à deux*. Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 35.

¹⁶¹² Foville, A. L. (1871). *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris : J. B. Baillière. Tomado de Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 35.

¹⁶¹³ Magnan, V. (1892). *Le délire chronique à évolution systématique*. Paris: Masson. En opinión de José María Álvarez y Fernando Colina, *chronique* no aludía solo al curso de larga evolución sino que introdujo el matiz de incurabilidad. Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 27. En este trabajo se puede acceder a una elaboración del concepto menos extensa que la original, que Valentin Magnan publicó en colaboración con su alumno Paul Sérieux en 1910. Conviene recordar que Magnan se mostró crítico con la visión temática del delirio de Lasègue. Para algunos historiadores de la psiquiatría, este cuadro no es más que un constructo equivoco que definía un trastorno que se encontraba más en la teoría que en la práctica. Véase: Pichot, P. (1982). The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychological Medicine*, 12(3), 475 – 492, p.478 y Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 35.

ochenta. Durante el llamado “segundo clasicismo”¹⁶¹⁴, se constituyeron cada una de las nuevas categorías del delirio que aparecieron en este periodo: interpretación (delirio de interpretación) y reivindicación (antiguos perseguidos perseguidores)¹⁶¹⁵, exaltación maniaca coexistiendo con una idea obsesiva (delirio de reivindicación), imaginación y mitomanía delirante (delirio de imaginación)¹⁶¹⁶, alucinación y delirios secundarios (psicosis alucinatoria crónica)¹⁶¹⁷.

Las diferentes variedades delirantes en Leganés: del delirio de persecución de Lasègue a la psicosis alucinatoria crónica de Ballet

A principios del siglo XX se objetivó un claro auge de los delirios descritos por los autores franceses, que según recoge Mollejo, habían aparecido en la institución por primera vez en 1852¹⁶¹⁸. Sin embargo, a medida que avanzaba el siglo se observó una disminución progresiva de estos términos hasta 1930, momento en que ingresó el último paciente de nuestro periodo de estudio con este diagnóstico¹⁶¹⁹. Los delirios ocuparon el 11,7% del total de pacientes ingresados en las primeras décadas del siglo XX (103 pacientes como primer diagnóstico y 20 como segundo), porcentaje algo menor que el objetivado para la población total albergada en Leganés en el año 1915¹⁶²⁰ y muy superior a los datos aportados por el estudio de Antón Fructuoso con los pacientes internados en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat, donde tan sólo se empleó en una ocasión de los 343 ingresos ocurridos entre 1900 y 1930¹⁶²¹. Entre las diferentes variantes delirantes utilizadas en Leganés destaca, por su frecuencia, el delirio de persecución, que Lasègue había introducido a mediados del siglo XIX como una “nueva forma”, estable y separado del resto, que “no son consecuencia de ninguna forma particular de carácter”¹⁶²². Este delirio de persecución fue empleado en Leganés en 50

¹⁶¹⁴ Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), p. 37.

¹⁶¹⁵ Sérieux, P. y Capgras, J. (2007). [1909]. *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. Madrid: Ergon y Álvarez, J. M., Colina, F. y Esteban, R. (2009). A propósito de las locuras razonantes: El delirio de interpretación de Paul Sérieux y Joseph Capgras. *Frenia*, 9, 135–140.

¹⁶¹⁶ Ernest Dupré (1862-1921), en 1905, acuñó el término *mithomanie* para referirse a los delirios confabulatorios severos. Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996), pp.97-98.

¹⁶¹⁷ La psicosis alucinatoria crónica fue descrita por Gilbert Ballet (1853-1916) en la segunda década del siglo XX, concepto que, posteriormente sería retomado por G. Gaetian de Clérambault (1872-1934) para elaborar su “automatismo mental”. En opinión de Huertas, si el delirio crónico de evolución sistemática de Magnan se había opuesto a la demencia precoz de Kraepelin durante la primera década del siglo XX, podría decirse que la psicosis alucinatoria crónica fue la respuesta que la psiquiatría francesa ofreció a la esquizofrenia de Bleuler. Huertas, R. (2004), pp. 139-140.

¹⁶¹⁸ Mollejo Aparicio, E. (2011), p. 293.

¹⁶¹⁹ El paciente fue diagnosticado de oligofrenia con delirios de persecución no sistematizados. Historia clínica XX-989. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶²⁰ Según los datos del INE, los delirios crónicos alcanzaron el 14,1% de los 185 pacientes internados en la institución en 1915. Anuario estadístico del INE (1915). Fondo documental del INE.

¹⁶²¹ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁶²² Tomado de Berrios, G. E. (2008), pp. 141-142.

pacientes, lo que supone un 4,7% del total y apareció asociado, en numerosas ocasiones, a otros términos y afecciones como paranoia, alucinaciones, oligofrenia, lipemanía, delirios religiosos, delirios de grandeza, manía aguda, manía agitada o sitofobia delirante. Así mismo, se han registrado cuatro pacientes diagnosticados de delirios sistematizados, si bien tan sólo en uno de ellos se describía el carácter crónico del mismo y, otros cuatro delirios de interpretación. No hay que olvidar que éstos últimos fueron descritos por Paul Sérieux (1864-1947) y Joseph Capgras (1873-1950) a principios del siglo XX, que señalaban: *“en tanto que las psicosis conducentes a la demencia incluyen las alucinaciones crónicas, nuestros casos presentan exclusivamente delirios”*¹⁶²³, alejándose de las ideas, en opinión de Berrios, demasiado generalizadoras de Magnan. Por otra parte hemos objetivado un caso de delirio “perseguidor-perseguido” y cuatro psicosis alucinatorias crónicas¹⁶²⁴. Estas últimas, habían sido definidas por Gilbert L. Ballet (1853-1916), en el año 1911, como una misma afección en la que el autor englobaba los diferentes tipos de ideas de persecución con alucinaciones¹⁶²⁵. Entre el resto de tipologías delirantes encontramos delirios religiosos, de grandeza, infeccioso, hipocondríaco, melancólico, confusional, paratímico, polimorfo y agitado, entre otros.

El declive en la utilización de los delirios como diagnóstico de entrada, observado en las primeras décadas del siglo XX, se mantuvo en épocas posteriores, probablemente, como veremos, debido a un aumento de la paranoia, demencia precoz y esquizofrenia. Entre 1931 y 1936, tan solo se ha encontrado un “delirio de persecución”¹⁶²⁶ y, durante la guerra civil, del total de 64 ingresos se encontró una hija de la caridad diagnosticada de delirio de interpretación y dos pacientes con delirio de persecución, uno de los cuales presentaba, además, esquizofrenia como primer diagnóstico. Así mismo, en la posguerra se registraron tres delirantes más entre las 615 hospitalizaciones, el último de ellos, diagnosticado de delirio de persecución, con fecha de ingreso de 27 de abril de 1945¹⁶²⁷.

Merece la pena destacar los dos casos observados de “automatismo”, en sendos pacientes diagnosticados de “demencia precoz, automatismo pasivo y katatonía” e “idiotismo con

¹⁶²³ Tomado de Berrios, G. E. (2008), pp. 157-158.

¹⁶²⁴ En España, las publicaciones sobre la psicosis alucinatoria, según el repertorio de Rey González y Jordá Moscardó, se reducen a tres artículos, todos ellos redactados por Enrique Fernández Sanz en 1909 y en 1918. Véase, Fernández Sanz, E. (1909b). Un caso de psicosis alucinatoria aguda. *Revista Frenopática Española*, 7(79), 209-212; Fernández Sanz, E. (1909c). Un caso de psicosis alucinatoria aguda. *Siglo Médico*, 56, 738-740 y Fernández Sanz, E. (1918b). Psicosis alucinatoria crónica e hipertiroidismo. *Medicina Ibero*, 2, 287-289.

¹⁶²⁵ Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994), pp. 249-262.

¹⁶²⁶ Esta denominación fue asignada a un paciente ingresado en 1931, diagnosticado también de demencia senil. El responsable de dicho diagnóstico pudo ser el propio Fernández Sanz, que había publicado un artículo sobre el delirio persecutorio senil en 1906. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2008), p. 85 y Fernández Sanz, E. (1906a). Delirio persecutorio senil. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 72, 441-450.

¹⁶²⁷ Vázquez de la Torre, P. (2008), pp. 86-87.

automatismo reaccional (sic) motor". El automatismo psicológico había sido descrito por Gaetian G. de Clérambault (1872-1934), en diferentes artículos a partir de 1920¹⁶²⁸, como un momento básico de todas las psicosis que incluía trastornos orgánicos y cognitivos y podría considerarse como el fenómeno psicopatológico que subyace al estado predelirante¹⁶²⁹. Si bien este término no se observó en los diagnósticos de entrada en épocas posteriores a nuestro periodo de estudio, sí se utilizó en las descripciones psicopatológicas como es el caso de una paciente maniaco depresiva que ingresó en la institución durante la guerra civil, en cuya historia clínica, al evaluar las alteraciones de la atención, se hizo referencia al *"predominio del automatismo sobre la atención voluntaria"*¹⁶³⁰.

El aumento de paranoicos en el Manicomio de Leganés

Wilhelm Griesinger (1817-1868) tenía la idea de que las enfermedades seguían un curso regular iniciado siempre con los trastornos afectivos, a modo de "psicosis única" que cursaría con melancolía y/o manía, paranoia, para finalizar con demencia. Sin embargo, el propio neuropsiquiatra alemán, a juicio de José María Álvarez, en 1867 advertía que la paranoia no se sometía al curso de la "psicosis única" sino que era independiente en el sentido de que no se iniciaba con trastornos afectivos¹⁶³¹, tal y como ya habían indicado Hoffman y Snell dos años antes bajo el término de paranoia primaria¹⁶³². Un año más tarde, Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) definió "paranoia" como aquellos delirios crónicos más o menos sistematizados cuyo trastorno era puramente intelectual¹⁶³³ y, en las décadas posteriores, la hipertrofia de la paranoia en las descripciones psicopatológicas siguió hasta la reducción sistemática desarrollada por Emil Kraepelin. Entre 1883 y 1915, fechas entre las que se publicaron las ocho ediciones de *Psychiatrie*, el campo clínico de la paranoia se vio menguado hasta el

¹⁶²⁸ Clérambault, G. G. (1995). [1920-1927]. *El automatismo mental*. Madrid: Dorsa. Se puede consultar la recopilación editada por Jean Fretet en 1942: Clérambault, G. de. (1942). *Ouvre Psychiatrique réuni et publié sous les auspices du Comité des Élèves et des Amis de Clérambault par Jean Fretet* (pp. 455-656). Paris: Presses Universitaires de France.

¹⁶²⁹ Desde el punto de vista clínico este automatismo podía expresarse por una serie de trastornos de conducta y de pensamiento y, en un último momento por alucinaciones, siendo los delirios siempre fenómenos secundarios e interpretativos. Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996), p.133; Berrios G. E. (2008), p.171. Se puede consultar también: Colina, F. y Álvarez, J. M. (1995), p. 40. En este sentido, Gurriá señalaba la presencia de un *"predominio del automatismo cerebral, que tiene supeditado al pensamiento, marchando este errante y a la ventura (sic) y generalmente movido por estímulos de una fugaz asociación de ideas"* en la manía. Tomada de Aztarain Díez, J. (2005), p. 329.

¹⁶³⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.221.

¹⁶³¹ Álvarez, J. M. (1985). Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que de este dimanar: paranoia (I) esquizofrenia (I). *Cuadernos de Psicología*, 2, 125-153, p.127 y Huertas, R. (2004), p.163. Antes de Griesinger, conviene reseñar que Johann Christian Heinroth (1773-1843) había promocionado la separación entre los trastornos que lesionaban la afectividad y los sentimientos y aquellos que alteraban el juicio y el raciocinio, asiento de las actuales oposiciones entre paranoia-esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva. El campo clínico de la paranoia quedó así reducido a los trastornos que afectaban al juicio, pero no como un defecto o un exceso sino en el sentido de una cierta perversión en la manera de juzgar y razonar. Álvarez, J. M. y Colina, F. (1994), p.45.

¹⁶³² Estos autores mostraron un tipo de delirio sistematizado que irrumpía sin accesos maniacos o melancólicos previos. Álvarez, J. M. y Colina, F. (1994), p.48.

¹⁶³³ Álvarez, J. M. (1985), p.128.

punto de hacer de esta categoría, según Álvarez y Colina, un mero referente diferencial de las formas más delirantes de la demencia precoz y de las parafrenias¹⁶³⁴.

A lo largo de su historia, salvo algunas excepciones, la paranoia, ha estado ligada a la presencia de ideas delirantes como síntoma característico¹⁶³⁵. Esta relación quedó bien representada en la descripción que el director del Manicomio de Navarra, Gurría Estapé, realizaba sobre esta insania, a principios del siglo XX:

*"En este Manicomio (como en todos) son numerosos los casos de paranoia, lo cual se comprende al considerar, que en tal grupo son incluidas infinidad de psicopatías, que la observación clínica ha demostrado que son idénticas, a pesar de presentarse con cuadros clínicos de- semejantes, las monomanías de antes, los episodios delirantes de muchos degenerados, multitud de delirios polimorfos, aun que carezcan de evolución determinada, con tal de ser durables, casi todos los delirios sistematizados y en especial cuando son con tendencia evolutiva, la mayoría de delirios de persecución y lipemanías hipocondríacas, y otras formas caben según las corrientes modernas en el grupo de las paranoias"*¹⁶³⁶.

En el Manicomio de Leganés entre los años 1900 y 1931, la paranoia, que había comenzado a utilizarse, según Mollejo, en 1893¹⁶³⁷, supuso el 5,8% del total de los diagnósticos de entrada (61 pacientes). A lo largo de los primeros decenios del siglo XX y, en paralelo a la descrita disminución de los delirios, se objetivó un progresivo aumento de esta terminología, tendencia que se modificó en la posguerra. Así, mientras que durante la guerra civil española ingresaron seis pacientes paranoicos de un total de 64 (9,3%)¹⁶³⁸, en los años del primer franquismo tan solo se registraron siete paranoicos de 615 ingresos¹⁶³⁹, lo que corresponde a poco más de un 1% del total, declive que podría estar relacionado con la anulación del término por la sistemática kraepeliniana.

En la figura 5 se observa la disminución de los delirios y el progresivo aumento, aunque en menor medida, de la paranoia. La paranoia sustituyó a los síndromes delirantes, si bien no en

¹⁶³⁴ Álvarez, J. M. y Colina, F. (1994), p.55. Las paranoias fueron el grupo que más varió cuantitativamente en la sistemática kraepeliniana. De un grupo lato y prolijo de las primeras ediciones del *Tratado de psiquiatría*, en las que diferenció el delirio sistemático primitivo en oposición a las psicosis delirantes agudas, se pasó a una reducción muy importante en las últimas que, en palabras de José María Álvarez y Fernando Colina, es epidemiológicamente rarísima. Es en la cuarta edición, en 1893, en la que se intercaló un grupo entre las paranoias y las neurosis generales: los "procesos degenerativos" que Kraepelin presentó en tres formas: *Dementia Praecox*, Catatonía y *Dementia Paranoide*. En la quinta edición encasilló a la paranoia entre las enfermedades congénitas de tipo constitucional esbozando una clasificación clínica que incluía las "formas combinatorias" (delirio querulante) a las que opuso unas "formas fantásticas" (fundamentalmente alucinatorias). En la séptima edición, publicada en 1904, remarcaría el carácter puramente interpretativo del delirio y, nueve años más tarde, volverá a cercenar el ya exiguo grupo separando, bajo la influencia de Sérieux y Capgras, el delirio de querulancia del delirio de interpretación, siendo este último el definitorio de paranoia. Véase: Álvarez, J. M. (1985), pp.128-130. Sobre el concepto de paranoia en la nosografía kraepeliniana también se puede consultar: Kendler, K. S. (1988). Kraepelin and the diagnostic concept of paranoia. *Comprehensive Psychiatry*, 29(1), 4-11.

¹⁶³⁵ Es el caso de Georges Genil-Perrin (1882-1964), que consideró la existencia de formas de paranoia sin delirio. Álvarez, J. M. y Colina, F. (1994), p.39.

¹⁶³⁶ Tomado de Aztarain Díez, J. (2005), p.331.

¹⁶³⁷ Mollejo Aparicio, E. (2011), p.292.

¹⁶³⁸ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.217.

¹⁶³⁹ Conseglieri Gámez, A (2013). Anexo 18.

todos los casos, ya que algunos, probablemente, fueron incluidos como demencia precoz, grupo que también se incrementó.

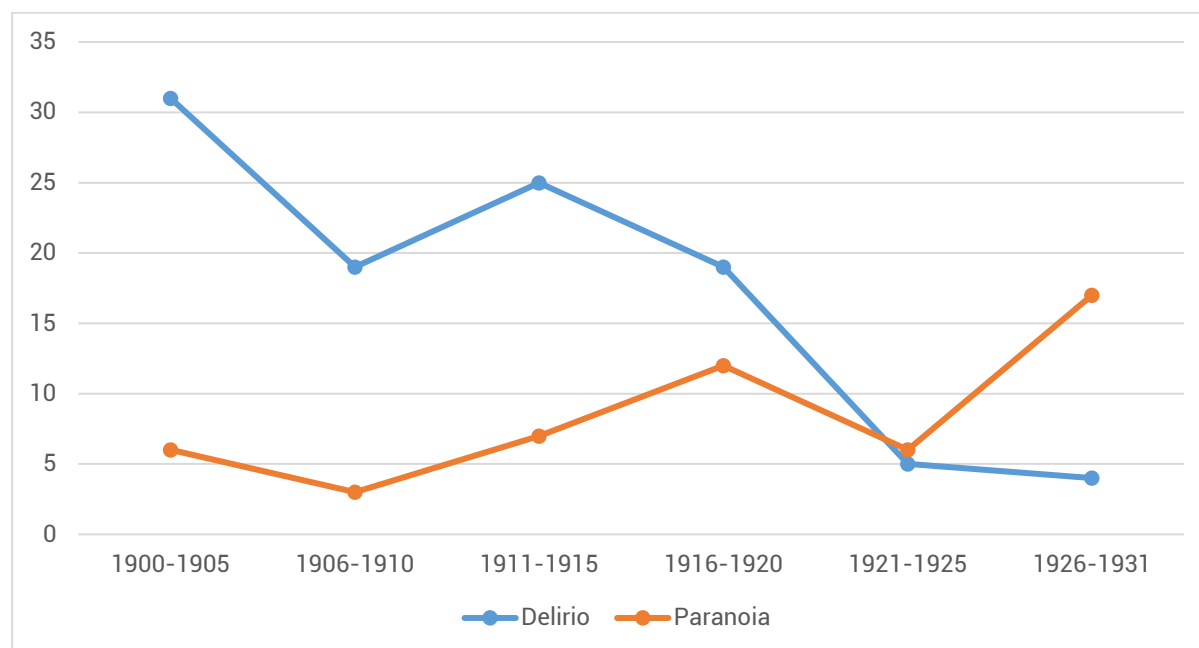


Figura 5. Evolución de los diagnósticos de paranoia y delirio en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

En numerosas ocasiones, la paranoia se asoció e intercambió con diferentes variedades delirantes como delirios de grandeza, de persecución, delirios religiosos, delirios sistematizados, psicosis sistematizadas o los delirios de interpretación, si bien también se observan casos de paranoia o síndrome delirante aislado. Entre el resto de terminología utilizada aparecen: síndrome paranoide demencial, paranoia simple, síndrome paranoide sistematizado, paranoia de base hereditaria (constitucional), paranoia alucinatoria, síndrome paranoide forma melancólica, paranoia de interpretación, paranoia familiar o paranoia de tipo celoso.

Nuestro estudio aporta cifras superiores a las registradas en el Manicomio de Sant Boi, institución en la que ingresaron 19 paranoicos, de un total de 619 pacientes entre 1885 y 1939, 17 de los cuales fueron internados a lo largo del siglo XX¹⁶⁴⁰. En el Manicomio de Valencia, por el contrario, los trastornos paranoides supusieron un 10,4% del total de ingresos entre 1900 y 1936, aunque es probable que en este porcentaje se incluyan también otras variedades delirantes¹⁶⁴¹.

¹⁶⁴⁰ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216. Desconocemos el origen de esta discrepancia tan acusada.

¹⁶⁴¹ Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia, p.444.

DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA DEMENCIA PRECOZ A LA APARICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

La introducción de la *dementia praecox* en España

Si bien el término de demencia precoz se considera parte fundamental de la nosología kraepeliniana, su utilización se remonta al alienismo francés de los años centrales del siglo XIX, por parte de Benedict Augustin Morel¹⁶⁴². Este médico vienés presentó en sus *Études cliniques* de 1852-53 algunos casos de jóvenes alienados a los que describió de *démence stupide* o *stupidité aboutissant à la démence*, que se caracterizaban por estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje, así como determinados tics, gestos extraños y un negativismo muy evidente¹⁶⁴³. En 1860, este precursor de la teoría de la degeneración, introdujo el término *démence précoce* en su *Traité* para describir la “inmovilización súbita de todas las facultades”¹⁶⁴⁴. Años más tarde, en la cuarta edición de su manual, editada en 1893¹⁶⁴⁵, Emil Kraepelin propuso el concepto de *dementia praecox* que, en la siguiente edición¹⁶⁴⁶, fue incluida dentro de los procesos degenerativos¹⁶⁴⁷, como entidad nosológica bien diferenciada de otras enfermedades mentales y no solo como una peculiaridad clínica asociada a la edad de aparición¹⁶⁴⁸. Al principio, la postura de Kraepelin no obtuvo el beneplácito de sus colegas, siendo cuestionado por diversos autores¹⁶⁴⁹. Entre estos, Philippe Chaslin (1857-1923), artífice del término *discordance*, en su tratado *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, calificaba el término como desafortunado argumentando que la demencia sólo aparecía al cabo de muchos años¹⁶⁵⁰.

¹⁶⁴² Mahieu, E. L. (2004). A propósito de Morel y la *démence précoce*. *Vertex*, 15, 73-75. En este trabajo se puede ver un rastreo de las referencias a la demencia precoz en la obra de Morel.

¹⁶⁴³ Morel, B. A. (1852-53). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*. París : Nancy. Grimblot et Veuve Raibois. Tomado de Huertas, R. (2004), p.123.

¹⁶⁴⁴ Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. París : Librairie Victor Masson, pp. 564-565.

¹⁶⁴⁵ Kraepelin, E. (1893). *Psychiatrie*, 4ª ed. Leipzig: Abel.

¹⁶⁴⁶ Kraepelin, E. (1896). *Compendium der Psychiatrie*, 5ª ed. Leipzig: Barth.

¹⁶⁴⁷ Estos procesos degenerativos incluían la *Dementia praecox*, la *Katatonía* y la *Dementia paranoide*. El término *Katatonía* había sido descrito por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) en 1874. Hoenig, J. (2012). Esquizofrenia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp.391-405). Madrid: Triacastela, pp.391-394.

¹⁶⁴⁸ Huertas, R. (2004), p.127. José María Álvarez señala que no parece existir una correspondencia entre los apuntes de Morel y la descripción sistemática de Kraepelin. Álvarez, J. M. (1999). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos, p.187. Sobre las diversas interpretaciones al respecto se puede consultar: Chandrasena, R. D. (1983). Phenomenology and nosology of schizophrenia: historical review. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 8(2), 17 - 24; Baruk, H. (1974). La révision de la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 261 - 277 ; Historical note : Earliest use of the term dementia praecox. (1954). *the American Journal of Psychiatry*, 111(6), 470.

¹⁶⁴⁹ Huertas, R. (2004), p.129; Hoenig, J. (2012), p.398. Puede consultarse Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de cultura económica, p.45.

¹⁶⁵⁰ Chaslin, P. (1912). *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. París: Asselin et Houzeau, p. 829. Tomado de Álvarez, J. M. (1999), p.193 y Huertas, R. (2004), p. 129. Sobre este alienista se puede consultar: Haustgen, T. (2012). Philippe Chaslin (1857-1923). À propos du centenaire des *Éléments de sémiologie et de la discordance*. *Annales Médico-psychologiques*, 170 (8), 601-

En España, algunos autores como Vicente Ots y Esquerdo, se manifestaban, a principios de siglo, contrarios a considerar la demencia precoz como una entidad nosológica diferenciada¹⁶⁵¹. En la misma línea, Tomas Maestre Pérez (1857-1936), catedrático de Medicina Legal de la Universidad Central de Madrid, si bien admitía *“que en la época de la pubertad suele presentarse estados vesánicos que terminan casi siempre en una debilidad dementiva muy semejante a la imbecilidad profunda”*, señalaba, desde un punto de vista claramente degeneracionista, la discrepancia existente en el modo de entender esta entidad¹⁶⁵²:

*“No admito la existencia de la llamada demencia precoz como una especie mental individualizada y definida, pues este proceso dementivo (sic) no es otra cosa que la final resolución de varias y distintas formas de locura sobrevenidas, en la época de la adolescencia y, aún antes, en cerebros jóvenes, tarados por ley de herencia con tara degenerativa”*¹⁶⁵³.

A pesar de estas opiniones discrepantes, también surgieron voces que aplaudían el trabajo del alienista germano, como la de Enrique Fernández Sanz, el cual, a finales de la primera década del siglo XX, señalaba que:

*“La psiquiatría actual admite, no como artículo de fe, sino como artículo de convicción, la magistral concepción kraepeliniana de la demencia precoz, y a ella he de atenerme yo, apartándome de toda discusión doctrinal, y siguiendo, al juzgar el caso clínico que voy a referir, la pauta trazada por el genial mentalista de Munich”*¹⁶⁵⁴.

Este mismo autor, dos décadas más tarde, siendo Jefe Facultativo del Manicomio de Leganés, utilizaría el término bleureiano de Esquizofrenia¹⁶⁵⁵. La influencia de *Dementia Praecox other Gruppen der Schizophrenien* de Eugen Bleuler (1857-1939), publicado en 1911 y que describía la escisión del yo, se percibe también en la obra de otros autores como José

608 ; Dictionnaire biographique de psychiatrie par des membres de la Société Médico-Psychologique : Philippe Chaslin (1857-1923). (2004). *Annales Médico-psychologiques*, 162 (9), 770-772 ; Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1995). Philippe Chaslin and descriptive psychopathology. *History of Psychiatry*, 6(23 Pt 3), 395 – 405 y Álvarez, J. M. (1996c). Enseñanzas clínicas de Ph Chaslin a propósito de las folies discordantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 297–311.

¹⁶⁵¹ Ots y Esquerdo, V. (1902), p.221.

¹⁶⁵² En los primeros años del siglo XX se produjo en España la aparición simultánea de conceptos pertenecientes tanto a la Teoría de la degeneración como a las ideas kraepelinianas. Sobre la evolución del concepto de demencia precoz desde la nosografía francesa a la alemana se puede consultar: Plumed Domingo, J, Dualde Beltran, F. y Rey González, A. (1997).

¹⁶⁵³ Maestre, T. (1906). Formas y patogenia de la demencia precoz. *Revista Frenopática Española*, 4, 177–186, 210–221, 314–319, 340–349, p.183.

¹⁶⁵⁴ Fernández Sanz, E. (1908). Un caso de demencia precoz catatónica. *Revista Frenopática Española*, 8, 235–242. En este artículo, el que dos décadas más tarde sería Jefe Facultativo del Manicomio de Leganés, describió minuciosamente el caso de un demente precoz con estupor catatónico de 21 años atendido en la consulta de enfermedades nerviosas del Hospital de la Princesa. El autor que en su clasificación de las enfermedades mentales publicada en 1907 incluía a la demencia precoz dentro de las psicosis de base orgánica conocida, publicó además otros trabajos sobre esta entidad nosológica como: Fernández Sanz, E. (1907b). Un caso de acromegalia y demencia precoz. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 75, 116-119; Fernández Sanz, E. (1910). Demencia precoz y cerebropatía infantil. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 88, 129-138 y Fernández Sanz, E. (1907a), p.58.

¹⁶⁵⁵ Fernández Sanz, E. (1933a). La esquizofrenia en la infancia. *Archivos de Neurobiología*, 13(4), 737-742.

Miguel Sacristán (1887-1957)¹⁶⁵⁶ o Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971)¹⁶⁵⁷. Sin duda, el texto de Bleuler, junto a la ampliada 8ª edición del tratado de Kraepelin de 1913¹⁶⁵⁸, en la que añadió otras formas de demencia precoz -simple, depresiva, pseudoperiódica y demencial-, contribuyeron a la difusión del término¹⁶⁵⁹.

El declive de la demencia precoz

En la Casa de Santa Isabel, el término “demencia precoz” fue empleado por primera vez en el año 1883, según refiere Mollejo¹⁶⁶⁰. A partir de entonces aparece en las historias clínicas y fue incrementándose su uso, a lo largo de las primeras décadas, hasta emplearse como primer diagnóstico en 159 pacientes y, como segundo, en diez asilados, lo que supone un 16,2% del total. Posteriormente siguió utilizándose hasta finales de los años treinta, momento en que desapareció, siendo el último paciente con este diagnóstico ingresado en septiembre de 1939¹⁶⁶¹.

Este porcentaje es ligeramente superior al del Manicomio de Sant Boi, institución en la que, entre 1900 y 1930, entre 343 pacientes, fueron internados 46 diagnosticados de demencia precoz, lo que corresponde al 13,4% del total de ingresos¹⁶⁶². Por otra parte, en el Manicomio vasco-navarro, a principios del siglo XX, se hallaban ingresados 28 pacientes con la demencia kraepeliniana para una población de 251, lo que supone poco más del 11%¹⁶⁶³.

Si bien a casi la mitad de los pacientes de Leganés se les diagnosticó simplemente como “demencia precoz”, es frecuente encontrar dicha entidad asociada a un tipo concreto o una descripción sintomática: demencia precoz forma paranoica alucinatoria, impulsiva, con ideas delirantes de grandeza y persecución, con alucinaciones, forma delirante, forma melancólica, agresiva, con fondo degenerativo, demencia precoz degenerativa, constitucional, forma agitada o con delirio polimorfo de forma agitada. También hemos objetivado, al igual que

¹⁶⁵⁶ Sacristán, J. M. (1920). Ataques epilépticos en la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 1, p.17-22.

¹⁶⁵⁷ Rodríguez Lafora, G. (1925a). Patogenia y tratamiento de las esquizofrenias. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 78, 368-391.

¹⁶⁵⁸ Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie*, 8ª ed. Leipzig: Barth.

¹⁶⁵⁹ Sobre las diferencias conceptuales entre la *dementia praecox* kraepeliniana y la Esquizofrenia de Bleuler formuladas se puede ver Hoenig, J. (2012), pp. 399-400.

¹⁶⁶⁰ Mollejo Aparicio, E. (2011), p. 264. El uso de este término antes de la descripción de Kraepelin lleva a pensar que los clínicos que trabajaban en la misma eran conocedores de la obra de Morel. El empleo de esta entidad antes de su descripción por el psiquiatra alemán también se ha observado en el Manicomio de Sant Boi, donde se han registrado pacientes ingresados bajo esta denominación en la década de los ochenta del siglo XIX. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁶⁶¹ Vázquez de la Torre (2008), pp. 87-89 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.161.

¹⁶⁶² Antón Fructuoso, P. (1982), pp. 119 y 196-216. Esta cifra supera, sin embargo, la aportada por Rodríguez Morini en la Memoria estadística del establecimiento para los años de 1904 y 1906, en los que este término ocupó poco más del 6% de los ingresos. Véase: Rodríguez Morini, A. (1905), p.338 y Rodríguez Morini, A. (1907), p.366.

¹⁶⁶³ Aztarain Díez, J. (2005), p.328. Es interesante establecer una historiografía comparada con instituciones bien diferentes como el Manicomio de la Castañeda (México), donde del total de ingresos producidos entre 1910 y 1920, los casos de demencia precoz se situaban en torno al 7%; véase Ríos Molina, A. (2013), cuadro 10.

ocurriría durante la contienda civil¹⁶⁶⁴, siete casos de demencia precoz simple, subtipo que fue definido, como hemos señalado, en la octava edición del tratado del psiquiatra alemán. Destacan, por su frecuencia, la demencia precoz paranoide¹⁶⁶⁵, la demencia precoz catatónica y la demencia precoz hebefrénica. Junto a los 16 pacientes del primer subtipo se han registrado 23 diagnosticados de “demencia paranoide”¹⁶⁶⁶. La nueva nosografía kraepeliniana incluyó dentro del grupo de la *Dementia praecox* otras dos entidades, previamente separadas; por un lado la hebefrenia, descrita por Ewald Hecker (1843-1909), alumno de Karl Ludwig Kahlbaum, en 1871, como una enfermedad que aparecía en adultos jóvenes de evolución rápida y deficitaria¹⁶⁶⁷. Por otro, la catatonía, que el propio Kahlbaum en *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* (1874), definió como entidad autónoma por su evolución clínica y diferenciada de la catalepsia en su duración describiendo cuatro fases: estupor inicial, melancolía, manía y demencia. De todos los diagnósticos de demencia precoz, 24 casos fueron calificados como “demencia precoz hebefrénica”, lo que corresponde al 14,2% del total de la demencia kraepeliniana. Además, hemos registrado ocho pacientes diagnosticados de hebefrenia, tres síndromes hebefrénicos, uno de ellos con “fondo degenerativo” y otro con “fondo demencial” y dos casos de delirio hebefrénico. Así mismo, en nuestra muestra hemos objetivado 17 pacientes diagnosticados de demencia precoz catatónica y dos de demencia catatónica. La terminología “hebefrénica” y “catatónica”, que ya se habían asociado a la demencia precoz en el Manicomio de Leganés durante el siglo XIX¹⁶⁶⁸, estuvieron ausentes entre los pacientes que ingresaron durante la contienda civil¹⁶⁶⁹. Posteriormente, en la posguerra reaparecieron con un caso de hebefrenia y tres de catatonía¹⁶⁷⁰.

Entre la amplia diversidad terminológica nos gustaría destacar la historia clínica de un estudiante de 25 años que ingresó en noviembre de 1904, diagnosticado de demencia precoz asociada a automatismo mental y “katatonía”, procedente de la cárcel. En el registro de

¹⁶⁶⁴ Vázquez de la Torre Escalera (2012), p. 219.

¹⁶⁶⁵ Según José María Álvarez, Kraepelin agrupaba bajo la denominación de *dementia paranoides* todas aquellas enfermedades no paranoicas a causa de su delirio no tan sistematizado con fenómenos psicosensoresiales y evolución demencial. Álvarez, J. M. (1985), p. 130.

¹⁶⁶⁶ Estos pacientes, al no asociar el término “precoz” no han sido incluidos en el total de dementes precoces a la hora de realizar el análisis estadístico. Conviene señalar que Maurice Fleury incluía la demencia paranoide como un tipo de psicosis alucinatoria crónica. Véase la obra traducida y prologada por Enrique Fernández Sanz: Fleury, M. (1929). *Los locos, los pobres locos y la sensatez que nos enseñan*. Madrid: Francisco Beltrán, pp. 86-90.

¹⁶⁶⁷ Hecker, E. (1871). Die Hebefrenie. *Virchows Archiv*, 52, 394-429. Puede consultarse una traducción del texto en: Hecker, E. (1995). [1871]. La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 287-293.

¹⁶⁶⁸ Mollejo Aparicio, (2011), p.263.

¹⁶⁶⁹ Vázquez de la Torre Escalera (2012), p. 219.

¹⁶⁷⁰ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.161.

entrada de este paciente, que permaneció hospitalizado hasta su fallecimiento por embolia cerebral en 1941, Ignacio del Mazo anotó lo siguiente:

*"Desde luego llama la atención este enfermo por su alejamiento de los demás, su posición encorvada y las manos juntas en actitud de pesadumbre. Todas las órdenes que se le dan y respecto a las posiciones que se le ordenan no las cambian hasta tanto que vuelva a ordenársele. Su lenguaje es una musitación inteligible. Sus movimientos son estereotipados siempre con lentitud"*¹⁶⁷¹.

El diagnóstico de este joven demente se modificó por "esquizofrenia con síndrome catatónico en fase de remisión", casi dos décadas después de ingresar, ilustrando los referidos cambios nosográficos de las primeras décadas del siglo XX.

El inicio de la esquizofrenia en el Manicomio de Leganés

La esquizofrenia, nomenclatura acuñada, como hemos señalado, por Bleuler en el año 1911¹⁶⁷², apareció en el Manicomio de Leganés por primera vez en el año 1921. Se trataba de un varón evaluado por Mendiguchía e ingresado el 21 de noviembre de ese año, procedente de la provincia de Pontevedra, que permaneció en la institución hasta su fallecimiento, por asistolia, en febrero de 1923¹⁶⁷³. A partir de ese momento, el uso de este término aumentó de forma exponencial hasta ser utilizado para casi la mitad de los que ingresaron en la postguerra¹⁶⁷⁴. A lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX se internaron en Santa Isabel 37 pacientes esquizofrénicos, lo que supone el 3,5% del total, todos ellos, como hemos apuntado, en el tercer decenio. Esta cifra es sensiblemente inferior a la obtenida entre los ingresos en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat para el mismo periodo temporal, establecimiento en el que cerca del 10% de los internamientos fueron esquizofrenias¹⁶⁷⁵.

Casi la mitad de los esquizofrénicos de Leganés fueron diagnosticados sin que se especificara ningún subtipo, si bien, también se aprecian denominaciones que en épocas posteriores serían mucho más frecuentes, como la de esquizofrenia paranoide, solo utilizada para cuatro asilados en nuestro periodo de estudio¹⁶⁷⁶, u otras como "esquizofrenia con

¹⁶⁷¹ Historia clínica XX-126. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁷² Bleuler, a propósito de la demencia precoz, señalaba que no se trataba tanto de un hundimiento demencial global e irreversible sino una disgregación de la personalidad. Postel, J. y Quézel, C. (1987), p.377. Sobre la introducción del concepto de esquizofrenia en España se puede consultar: Plumed Domingo, J. (2001). *La introducción del concepto de esquizofrenia en España a través de las revistas médicas españolas (1854-1931)*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia y Plumed, J. y Dualde, F. (2001). El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas. En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp. 125-132). Ourense: Rodi Artes Gráficas.

¹⁶⁷³ Historia clínica XX- 659. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁷⁴ Conseglíer Gámez, A. (2013), p. 161.

¹⁶⁷⁵ Antón Fructuoso, P. (1985), pp.196-216.

¹⁶⁷⁶ En la posguerra ingresaron 92 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia paranoide de un total de 615 pacientes, lo que conforma el 15% del total. Conseglíer Gámez, A. (2013), p.86.

agitación motora", síndrome esquizofrénico o, como veremos, demencia precoz esquizofrénica¹⁶⁷⁷. Se han objetivado así mismo tres casos de esquizofrenia catatónica y dos formas hebefrenéticas, términos que siguieron vigentes en la institución hasta el tardofranquismo¹⁶⁷⁸. Así mismo, se ha registrado la forma hebefreno-catatónica para describir a una mujer de 32 años ingresada en el establecimiento, en julio de 1929, y que permaneció institucionalizada hasta su fallecimiento en 1981¹⁶⁷⁹.

Enrique Fernández Sanz, médico consultor del Manicomio de Leganés desde 1921, se mostró interesado en la esquizofrenia, como se puede ver a través de sus publicaciones "Sobre las relaciones clínicas entre los procesos esquizofrénicos y maniaco depresivos", de 1929¹⁶⁸⁰ y, "La esquizofrenia en la infancia", de 1933¹⁶⁸¹, utilizando los conceptos de demencia precoz y la terminología bleureriana indistintamente. Tal y como apuntaba en el segundo artículo, la esquizofrenia entre los menores era muy poco frecuente y, estuvo ausente entre los asilados menores de edad de Leganés en las primeras décadas del siglo XX.

En el Manicomio de Leganés, al igual que en otros establecimientos psiquiátricos españoles¹⁶⁸², se mantuvo la convivencia de la demencia precoz y la esquizofrenia hasta bien entrado el siglo XX¹⁶⁸³. En la figura 6 podemos observar la coexistencia de ambos términos a lo largo de todo nuestro periodo de estudio. De hecho, hasta en doce pacientes, todos ingresados entre 1920 y 1931, se utilizó la nomenclatura "demencia precoz esquizofrénica" en el diagnóstico de entrada.

¹⁶⁷⁷ Estos pacientes han sido incluidos para el análisis estadístico en la categoría nosográfica de demencia precoz.

¹⁶⁷⁸ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.163.

¹⁶⁷⁹ Historia clínica XX-941. Archivo Histórico IPSSM José Germain. Posteriormente se volvió a utilizar esta terminología para una mujer de 28 años que ingresó en la institución en 1943 y falleció al mes siguiente por colapso cardíaco. Conseglieri Gámez, A. (2013), p.161.

¹⁶⁸⁰ Fernández Sanz, E. (1929b). Sobre las relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniacodepresivos. *Siglo Médico*, 83, 73 – 75.

¹⁶⁸¹ Fernández Sanz, E. (1933a).

¹⁶⁸² En el Manicomio de Sant Boi de Llobregat se han registrado casos de pacientes diagnosticados tanto de demencia precoz como de esquizofrenia en la década de los años veinte. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁶⁸³ Vázquez de la Torre (2008), p. 163.

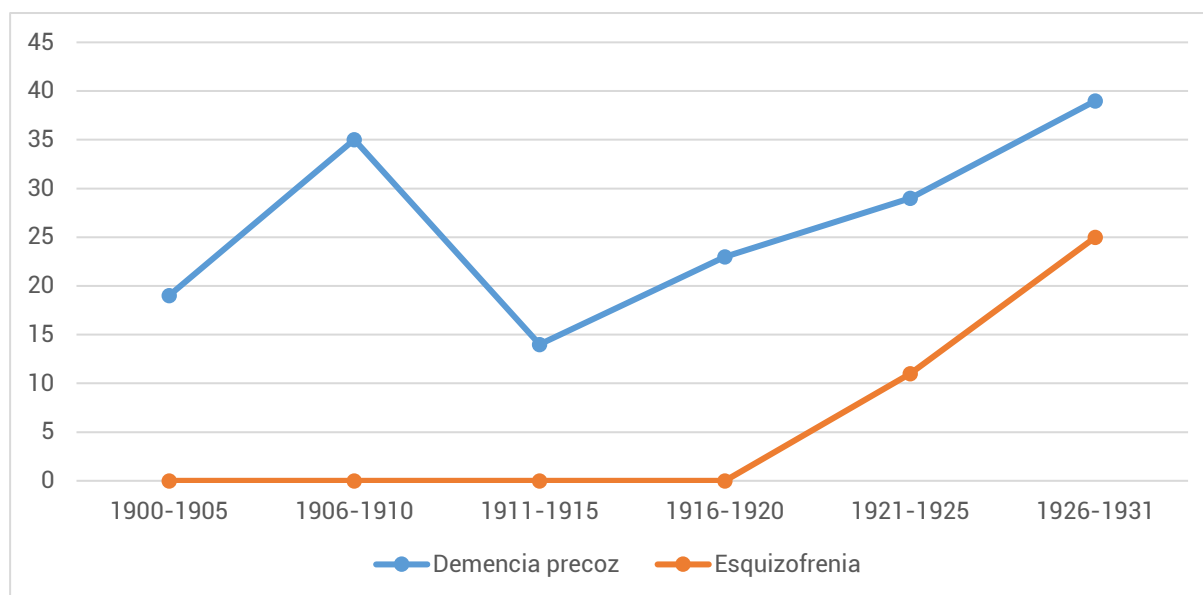


Figura 6. Evolución de los diagnósticos de demencia precoz y esquizofrenia en el Manicomio de Leganés (1900 y 1931)

Es muy probable que los términos de Kraepelin y Bleuler se utilizaran indistintamente para describir casos clínicos similares, como se ha comprobado en las historias, sin que se aprecien diferencias en las tendencias diagnósticas de los diversos médicos de la institución. Salas y Vaca, en 1929, señalaba que la categoría demencia precoz/esquizofrenia ocupaba un lugar preeminente entre los asilados del Manicomio, siendo la más frecuente la forma paranoide, seguida de la simple, hebefrénica y catatónica respectivamente, datos que no se confirman tras el análisis de los datos obtenidos a través de las historias clínicas. Al revisar éstas se han hallado 26 casos de demencia precoz/esquizofrenia hebefrénica, veinte de demencia precoz/esquizofrenia catatónica y veinte pacientes diagnosticados de demencia precoz/esquizofrenia paranoide. Conviene señalar que, en este recuento no se han incluido los citados casos de "demencia paranoide", que ascienden a 23. Si tenemos en cuenta a estos últimos, el subtipo paranoide sí sería el más numeroso con 43 casos y concordaría con los datos aportados por el director de Leganés. Además, es probable que muchos de los pacientes diagnosticados de demencia precoz y esquizofrenia sin especificar, correspondieran a la variedad "paranoide". A pesar de que Salas incluía la demencia precoz y la esquizofrenia en el mismo grupo, afirmaba que el pronóstico de la segunda era siempre más benigno que el de demencia precoz esquizofrénica¹⁶⁸⁴.

Además de la demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva, sobre la que trataremos en el siguiente apartado, se diagnosticó de parafrenia, otra terminología kraepeliniana descrita por el frenópata alemán en la octava edición de su tratado, en 1913, como categoría

¹⁶⁸⁴ Salas y Vaca, J. (1929), p.31-33.

intermedia entre la demencia precoz y la paranoia, que incluía los casos denominados antiguamente como paranoia alucinatoria¹⁶⁸⁵. Este diagnóstico, que también se observó, aunque con menor frecuencia, en el Manicomio de Sant Boi¹⁶⁸⁶, se registró en quince pacientes, todos ellos ingresados, al igual que ocurrió con la esquizofrenia, a partir de 1921. Entre éstos encontramos, además del propio diagnóstico de parafrenia, otras denominaciones como parafrenia sistematizada, persecutoria, alucinatoria o sistemática. No hay que olvidar que Kraepelin describió cuatro formas clínicas dentro de la parafrenia-sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica¹⁶⁸⁷. Más tarde, entre los años 1931 y 1936 ingresaron cuatro parafrénicos y, en la posguerra, se diagnosticaron tres casos de parafrenia genérica y una parafrenia expansiva¹⁶⁸⁸.

LA INTRODUCCIÓN DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

En 1854, Jules-Gabriel-François Baillarger (1809-1890) y Jean-Pierre Falret, dos de los alumnos más prestigiosos de Esquirol y alienistas en la Salpêtrière, presentaron sus contribuciones sobre una categoría nosológica que incluía la manía y la melancolía en una misma entidad¹⁶⁸⁹, bajo las denominaciones de *folie à double forme*¹⁶⁹⁰ y *folie circulaire*¹⁶⁹¹, respectivamente. La "locura de doble forma" de Baillarger consistía en la sucesión y alternancia únicamente de dos periodos, uno de excitación y otro de depresión:

*"Esta sucesión, en efecto, no ocurre por casualidad; he podido asegurarme de que existen relaciones entre la duración y la intensidad de los dos estados, que no son evidentemente más que dos períodos de un mismo acceso. La consecuencia de esta opinión es que esos accesos no pertenecen propiamente ni a la melancolía ni a la manía, sino que constituyen un género especial de alienación mental caracterizada por la existencia regular de dos períodos: uno de excitación y otro de depresión"*¹⁶⁹².

¹⁶⁸⁵ Álvarez, J. M. (1996d). La invención de las parafrenias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 75–78, p. 77 y Huertas, R. (2004), p.131.

¹⁶⁸⁶ Antón Fructuoso, P. (1985), pp.196-216.

¹⁶⁸⁷ Álvarez, J. M. (1996d), p.77.

¹⁶⁸⁸ Vázquez de la Torre (2008), p. 91.

¹⁶⁸⁹ Sobre el nacimiento de ambos términos y la polémica suscitada por la paternidad de los mismos se puede consultar: Pichot, P. (1995). The birth of the bipolar disorder. *European Psychiatry*, 10(1), 1–10.

¹⁶⁹⁰ La memoria sobre esta entidad, presentada por Baillarger, en la sesión del 31 de enero de 1954, en la Academia de Medicina de París fue anunciada en nuestro país en la revista *Siglo Médico*. Baillarger. (1854). Locura de doble forma. *Siglo Médico*, 1 (93).

¹⁶⁹¹ Álvarez, J. M. (1995). De la Locura de doble forma a la Psicosis maniaco-depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), 671–680, p.668.

¹⁶⁹² Baillarger, J. (1890). *Recherches sur les maladies mentales*. París: Masson, p. 143-157. Puede consultarse asimismo una traducción española de dicho texto en: Baillarger, J. (1995). [1854]. Locura de doble forma. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), p. 671–680.

Por su parte, Falret, a diferencia de su coetáneo, enfatizó los intervalos lúcidos entre los accesos o fases, hasta el punto de considerarlos definitorios¹⁶⁹³. Este alienista francés definía la "locura circular" como:

*"La evolución sucesiva y regular del estado maniaco, del estado melancólico y de un intervalo lucido más o menos prolongado (...) llamaremos acceso de locura circular a la reunión de los tres periodos en los que la sucesión forma un círculo completo"*¹⁶⁹⁴.

Si bien hemos objetivado el ingreso de pacientes con la nomenclatura "circular" en su terminología diagnóstica como "manía circular" o "síndrome maniaco forma circular", la "locura circular" propiamente dicha, ya utilizada, según refiere Mollejo, en un paciente ingresado en 1856¹⁶⁹⁵, estuvo ausente a lo largo del siglo XX hasta 1916, año en el que ingresó un empleado de 32 años diagnosticado de morfinomanía y "locura circular, episodio maniaco único"¹⁶⁹⁶. Conviene señalar que en el segundo decenio del siglo XX habían pasado ya más de dos décadas desde la última publicación española que abordaba el estudio de esta entidad nosológica¹⁶⁹⁷. Posteriormente, entre 1927 y 1930, ingresaron otros tres pacientes varones evaluados con la terminología descrita por Falret¹⁶⁹⁸.

No hemos encontrado ningún paciente diagnosticado de "locura de doble forma", en nuestro periodo de estudio. No obstante, esta entidad, al igual que la "locura circular", sí se ha observado en la institución en periodos posteriores, incluso un siglo después de su descripción, habiéndose registrado pacientes con estos diagnósticos tanto en la guerra civil como en los años cuarenta y cincuenta del siglo XX¹⁶⁹⁹. A diferencia de Leganés, en el estudio realizado con las historias clínicas del Manicomio de Sant Boi se observa que no se utilizó esta terminología en el siglo XX, siendo el último diagnóstico de "locura circular" en el año 1896. Antón Fructuoso cita, en la institución catalana, un párroco de 28 años con "psicosis circular" que permaneció en el establecimiento desde 1922 hasta 1932, momento en que fue dado de alta tras una licencia temporal¹⁷⁰⁰.

Hemos objetivado, además, seis casos de "locura intermitente", todos ellos en pacientes que ingresaron a lo largo de la primera década del siglo XX. A pesar de las descripciones de Falret

¹⁶⁹³ Álvarez, J. (1995), p.668.

¹⁶⁹⁴ Falret, J. P. (1864). *Des maladies mentales. Leçons cliniques & considérations générales*. Paris : J. B. Baillière et Fils, p.461-463. Tomado de Álvarez, J. (1995), p.669.

¹⁶⁹⁵ Mollejo Aparicio, E. (2011), p.233.

¹⁶⁹⁶ Historia clínica XX-470. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁹⁷ Según el repertorio bibliográfico de Rey González y Jordá Moscardó, tan sólo se registran cuatro publicaciones relacionadas con la "locura circular" descrita por Falret, todas ellas entre los años 1882 y 1895. Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006).

¹⁶⁹⁸ Historias clínicas XX-827, XX-919 y 986. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁹⁹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). Anexo XV. Tabla A5; Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 172.

¹⁷⁰⁰ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

y Baillarger, la escuela francesa siguió definiendo cuadros clínicos dentro del amplio concepto de las “locuras periódicas” (Gilbert Ballet, 1894) o “locuras intermitentes” (Valentin Magnan, 1882) y, éste último, a finales del siglo XX, sugería que las locuras intermitentes y las locuras circulares no se distinguían las unas de las otras¹⁷⁰¹. Sin duda la influencia francesa en la psicopatología fue también característica de países latinoamericanos como puede observarse en el Manicomio de la Castañeda de México, donde entre 1910 y 1920 ingresaron cuatro pacientes diagnosticados de “locura intermitente” y otros cinco de “psicosis intermitente”¹⁷⁰².

A partir de su introducción en la sexta edición del tratado de Kraepelin, en 1899, la psicosis maniaco-depresiva fue desterrando a los aludidos conceptos franceses en España¹⁷⁰³. Ya en el siglo XX, el frenópata alemán, cuyo trabajo culminó en la octava edición de *Psychiatrie* (1913), distinguió cuatro grandes formas: estados maniacos, estados depresivos, estados fundamentales y estados mixtos¹⁷⁰⁴, definidos en los siguientes términos:

*“La locura maniaco-depresiva (...), comprende por una parte toda la locura periódica y la locura circular; por otra parte, la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que describen bajo la rúbrica de la melancolía y también un número considerable de casos de amentía. (...) Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que manifestaciones de un único proceso patológico”*¹⁷⁰⁵.

Tan sólo tres años después de que el neuropsiquiatra alemán acuñara el término, ingresó en el Manicomio de Leganés la primera mujer aquejada de “locura maniaco depresiva”¹⁷⁰⁶. Esta nomenclatura y la de “psicosis maniaco depresiva”, utilizada por primera vez en 1908, se emplearon a lo largo de todo nuestro periodo de estudio para diagnosticar a 31 pacientes, lo que corresponde a casi el 3% del total. La coexistencia de esta terminología fue frecuente en las instituciones psiquiátricas de principios del siglo XX¹⁷⁰⁷, cuestión que puede observarse en Leganés (figura 7), de modo que, mientras se abandonaba el primero, la psicosis maniaco-depresiva ganaba terreno. De hecho, la “locura maniaco depresiva” no se utilizó en periodos

¹⁷⁰¹ Vieta, E y Gastó, C. (1997). Trastornos bipolares. Barcelona: Springer, p.15.

¹⁷⁰² Ríos Molina, A. (2013), p.234.

¹⁷⁰³ Álvarez, J. (1999), pp.95-175.

¹⁷⁰⁴ Álvarez, J. (1995), p.669 y Álvarez, J. (1998). Emil Kraepelin y la locura maniaco depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 84–86. Seas puede consultar una traducción del texto de Kraepelin a propósito de la locura maniaco depresiva en: Kraepelin, E. (2013). [1913]. *La locura maniaco depresiva*. Madrid: Ergon.

¹⁷⁰⁵ Kraepelin, E. (1998). La locura maniaco depresiva (1913). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 87–98.

¹⁷⁰⁶ Historia clínica XX-66. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷⁰⁷ De los 619 pacientes que ingresaron en el Manicomio de Sant Boi entre 1885 y 1939, se han registrado siete casos de “psicosis maniaco depresiva” y uno de “locura maniaco depresiva”. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216. Así mismo, en el Manicomio de la Castañeda, en México ingresaron trece pacientes diagnosticados de psicosis maniaco-depresiva del total de 1323 ingresos producidos entre 1910 y 1920. Ríos Molina, A. (2013), p.234.

posteriores, mientras que la psicosis maniaco depresiva fue el diagnóstico de dos pacientes del total de 64 ingresados en la guerra y, el de 26 de los 615 internados, entre 1939 y 1952¹⁷⁰⁸.

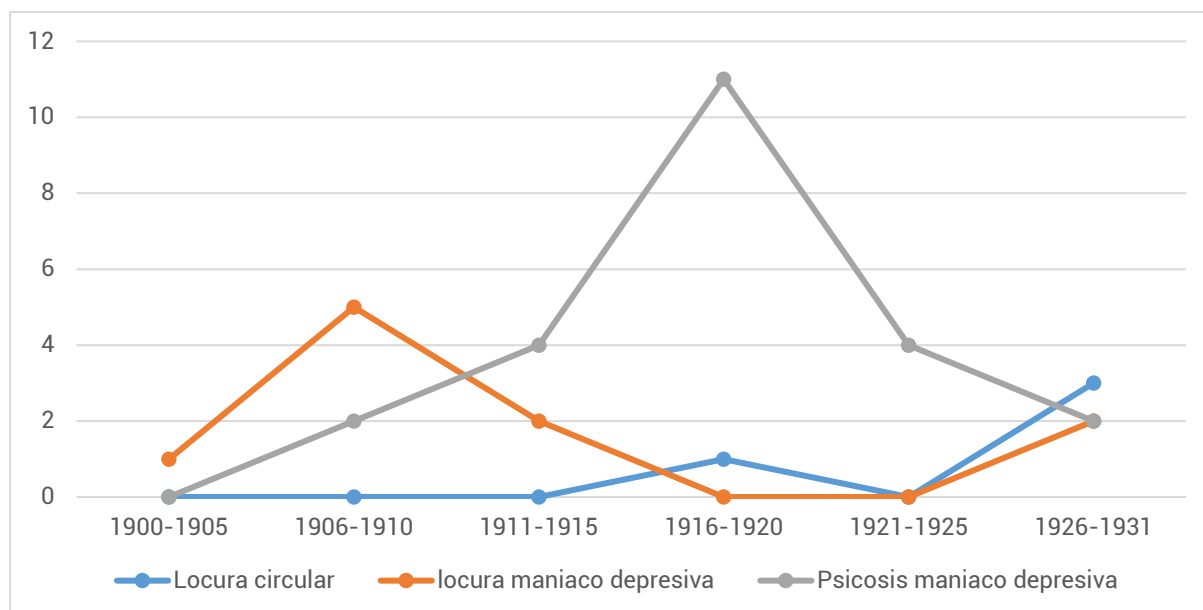


Figura 7. Evolución de los diagnósticos de locura circular, locura maniaco depresiva y psicosis maniaco depresiva en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Al igual que ocurriría en periodos posteriores¹⁷⁰⁹, hemos encontrado referencias a la descripción de fases melancólicas, como el de aquella paciente de 22 años, internada el 29 de octubre de 1928 y descrita como de *“constitución débil, siempre enfermiza, propensa los catarros, tomado continuamente reconstituyentes”*, en cuyo reconocimiento de entrada se anotó: *“fase melancólica de la psicosis de Kraepelin-tipo asténico de Kresmer (sic)”*¹⁷¹⁰. Es la única alusión al alemán Ernst Kretschmer (1888-1964), cuya obra *Constitución y carácter*, de 1921, recogía tres biotipos fundamentales: leptosomático o asténico, atlético y pícnico¹⁷¹¹. Así mismo, un sacerdote, hospitalizado en enero de 1929 y diagnosticado de confusión mental, fue reevaluado como un *“síndrome de manía de la locura maniaco depresiva de Kraepelin”*¹⁷¹². En el reconocimiento de entrada de este religioso, dado de alta en junio de 1931 por no regresar de licencia, Aurelio Mendiguchía anotaba lo siguiente:

“Se desconocen sus antecedentes personales y si por referencias sabemos que ha sido persona muy culta, gran orador sagrado y que su estado mental data de hace muy poco tiempo. Al ser reconocido se aprecia gran inquietud motora con

¹⁷⁰⁸ Consultar respectivamente, Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). Anexo XV. Tabla A5 y Conseglieri Gámez, A. (2013). Anexo 18.

¹⁷⁰⁹ En los años de la posguerra se han registrado diagnósticos de psicosis maniaco depresiva en los que se especificaba la fase como *“psicosis maniaco depresiva. Fase maniaca”* o *“psicosis maniaco depresiva (depresión angustiosa)”*. Conseglieri Gámez, A. (2013). Anexo 18.

¹⁷¹⁰ Historia clínica XX-909. Archivo histórico del Instituto Psiquiátrico José Germain

¹⁷¹¹ Kretschmer, E. (2015). [1921]. Constitution and character: Research on the constitution and the doctrine of temperaments. *Vertex*, 26(122), 303-317.

¹⁷¹² Historia clínica XX-920. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

*insomnio, se destroza los vestidos hasta quedar en cueros. Es imposible llegar a una respuesta lógica a nuestro interrogatorio. Su voz es cuchicheador (sic) en ocasiones en voz alta. A los pocos días de su ingreso acusa fiebre con malestar doloroso observándose un ántrax localizado en la cara interna tercio superior del muslo derecho que ha sido operado y curado en forma conveniente sin haber mejorado su estado (mental). Durante el año de observación ha tenido fases de manía aguda que ha sido necesario el encamamiento, sedantes y baños. Ha sido tratado por abscesos de fijación que hizo remitir los síntomas agudos durante algún tiempo; pero no ha llegado al estado normal, existe siempre estado de hipomanía*¹⁷¹³.

La convivencia de terminología francesa y alemana puede apreciarse en la Memoria de Manicomio de Sant Boi, de 1906, donde el director de la institución Antonio Rodríguez Morini agrupaba a los 16 ingresados maniaco-depresivos bajo la categoría de "locura a doble forma (maniaco-depresiva)"¹⁷¹⁴.

EL DEGENERACIONISMO

La introducción de la teoría de la degeneración

Como ya se ha señalado, a diferencia de lo ocurrido en la psiquiatría francesa de la segunda mitad del siglo XIX¹⁷¹⁵, la influencia de las ideas degeneracionistas en el alienismo español fue relativamente escasa y tardía¹⁷¹⁶. A pesar de que Morel dio a conocer su teoría en la década de los años cincuenta del siglo XIX, de acuerdo con el repertorio bibliográfico elaborado por Rey González y cols.¹⁷¹⁷, la primera publicación española que abordaba específicamente la cuestión de la degeneración vio la luz a principios de la década de los noventa, de la mano de Timoteo Sanz y Gómez, director del boletín quincenal especializado en ciencias médicas *Farmacoterapia española*¹⁷¹⁸. Este médico, que además ejerció como presidente de la Academia Frenopática Española, publicó en la revista *Siglo Médico*, en 1893,

¹⁷¹³ Historia clínica XX-920. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Los tratamientos aplicados en la institución se estudian en el capítulo VI de la presente tesis doctoral.

¹⁷¹⁴ Rodríguez Morini, A. (1907), p.357. La introducción del término maniaco-depresivo en la institución catalana se hizo entre los años 1904 y 1906, ya que en la Memoria correspondiente a 1904 estos pacientes quedaban designados bajo la categoría diagnóstica descrita por Baillarger a mediados del siglo XIX. Rodríguez Morini, A. (1905), p. 338.

¹⁷¹⁵ Huertas García-Alejo, R. (1987). *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC.

¹⁷¹⁶ Campos Marín, R. (1999). La Teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la Restauración. *Dynamis*, 19, 429–456.

¹⁷¹⁷ Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006). Tres años antes se registra la divulgación, por parte de Rosalino Rovira y Oliver, del trabajo presentado en el Congreso sobre hipnotismo de París por parte del Dr. Berillón bajo el título "Aplicación de la sugestión a la pediatría y a la educación mental de los niños viciosos y degenerados". Rovira y Oliver, R. (1890). Sugestión: aplicación a la pediatría y a la educación mental de los niños viciosos y degenerados. *Gaceta Médica Catalana*, 13, 507.

¹⁷¹⁸ Se pueden consultar algunos datos biográficos de este clínico en: http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=1177 [consultado el 19 de julio de 2016].

“Degenerados y regenerados”¹⁷¹⁹, artículo en el que plasmaba sus ideas degeneracionistas desde un punto de vista de la profilaxis social¹⁷²⁰. En los años siguientes, como hemos apuntado, se divulgaron los trabajos de Ots y Esquerdo¹⁷²¹, Mateo Bonafonte y Nogués¹⁷²² y, ya en las primeras décadas del siglo XX, se sucedieron las aportaciones españolas relacionadas con la degeneración habiéndose contabilizado poco más de medio centenar¹⁷²³, la mayoría en los dos primeros decenios¹⁷²⁴. Tan solo se registran tres publicaciones editadas en los años veinte¹⁷²⁵, década en la que salió a la luz la monografía *Los Degenerados en Sociedad*, de José Salas y Vaca¹⁷²⁶, trabajo ya abordado en el capítulo III de esta tesis doctoral. A partir de los años treinta y, paralelamente a la progresiva consolidación de la nosografía alemana en nuestro país, la degeneración no volvería a ser objeto de interés de los médicos españoles¹⁷²⁷.

En el Manicomio de Leganés, durante las tres primeras décadas del siglo XX, se registraron 60 diagnósticos relacionados con la degeneración (5,7% del total)¹⁷²⁸, cifra significativamente alta si tenemos en cuenta que esta terminología fue prácticamente inexistente en el siglo XIX y en épocas posteriores de la institución¹⁷²⁹. Casi la mitad de los pacientes degenerados fueron diagnosticados en el cuarto quinquenio del siglo XX, a pesar de que había pasado ya más de medio siglo desde que Morel formulara su teoría y, dos décadas, desde la sistematización de la misma por Magnan y Legrain.

¹⁷¹⁹ Sanz y Gómez, T. (1893). Degenerados y regenerados. *Siglo Médico*, 40, 403-406; 421-423. Tres años antes, Rosalino Rovira y Oliver utilizó el término al tratar sobre los efectos de la sugestión en niños degenerados. Rovira y Oliver, R. (1890).

¹⁷²⁰ En España la incorporación del degeneracionismo no se produjo tanto de la mano del alienismo sino de la Higiene y la Medicina Social. Campos Marín, R. (1998). La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo. *Llull*, 21, 333-356.

¹⁷²¹ Ots y Esquerdo, V. (1897) *Neurosis y degeneración*. Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía.

¹⁷²² Bonafonte Nogués, M. (1900). *Degeneración y locura*. Zaragoza: Tipografía de Manuel ventura.

¹⁷²³ Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006).

¹⁷²⁴ Sobre la introducción de las ideas degeneracionistas en España se puede consultar: Huertas, R. (1995). Sobre la recepción del degeneracionismo psiquiátrico en España: la obra de Mateo Bonafonte. En E. Arquiola y J. Martínez (eds.). *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España. (Siglos XVIII-XX)* (pp. 521-534). Madrid: Editorial Complutense y Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2002). La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales. *Frenia*, 2(1), 31-48.

¹⁷²⁵ Bravo y Moreno, F. (1923). Anomalías del sentido moral y del carácter en los degenerados. *Revista de Especialidades Médicas y Cirugía*, 6, 315-321; Camino Galicia, J. (1921). Terapéutica médico-social contra los degenerados mentales. *Medicina Íbera*, 14, 75-79; 95-97; Zapatero, E. (1925). Alcoholismo y degeneración. Comentarios a un caso de idiotez con ¿enfermedad de Waren Tay-Sachs?. *Siglo Médico*, 75, 320-322.

¹⁷²⁶ Salas y Vaca, J. (1920). *Los degenerados en sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya.

¹⁷²⁷ Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006).

¹⁷²⁸ En esta cifra incluimos todos los diagnósticos de entrada así como los que se utilizaron asociados a otra nomenclatura principal y aquellos pacientes a los que se les reevaluó y cambió el diagnóstico.

¹⁷²⁹ Mollejo Aparicio, E. (2011) y Vázquez de la Torre, (2008).

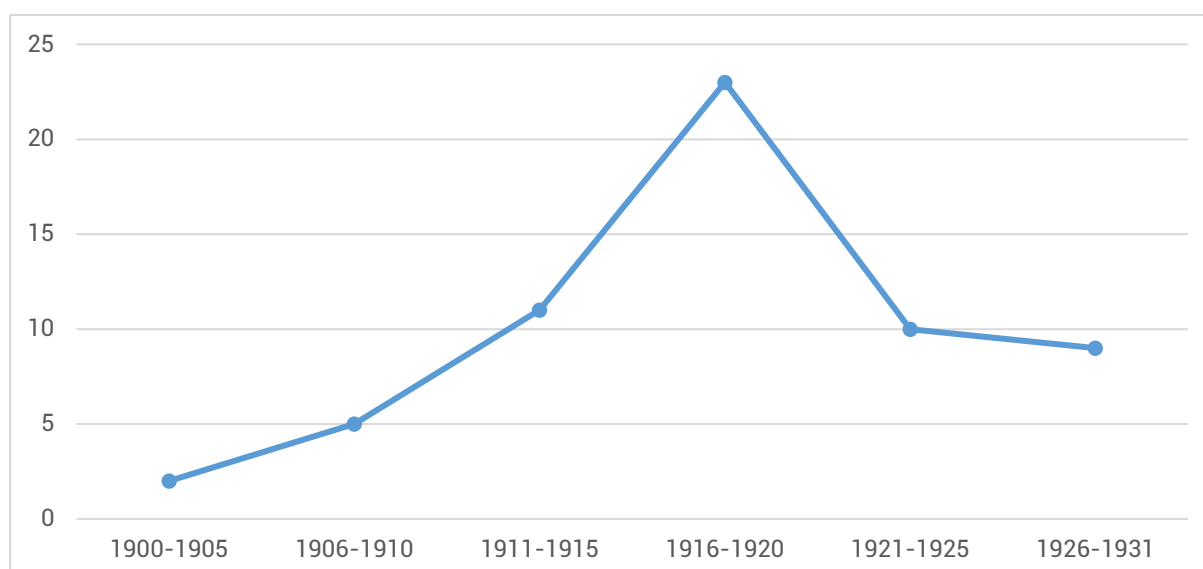


Figura 8. Evolución de los diagnósticos de degeneración en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Como se puede observar en la figura 8, el degeneracionismo alcanzó su pico máximo coincidiendo con el periodo que José Salas y Vaca trabajó en la institución y con la gestación de su monografía *Los Degenerados en Sociedad* que, aunque editada en 1920, ya se había publicado previamente en varios artículos de *La Medicina Social Española*¹⁷³⁰. Del análisis de la caligrafía de las historias clínicas se desprende como este neuropsiquiatra fue el médico que más frecuentemente diagnosticaba a la entrada en el establecimiento, si bien, ateniéndonos a las fechas de registro, no fue el único facultativo de la institución que utilizó la terminología degeneracionista. Salas, en 1929, apuntaba que los síndromes degenerativos, entre los que incluía la paranoia, parafrenia, las obsesiones, las fobias, las perversiones sexuales y las oligofrenias, ocupaban el segundo lugar en frecuencia¹⁷³¹. Sin duda, numerosas entidades nosológicas fueron consideradas una expresión de la degeneración, sin que se reflejara en las historias clínicas.

La degeneración en Leganés

Más de un tercio de los degenerados (26 pacientes del total de 60) fueron evaluados como "degenerado", "síndrome degenerativo" o "degeneración mental" si bien, en alguna ocasión, se asociaban a otras descripciones clínicas como "episodios delirantes"¹⁷³², "dromomanía impulsiva", "psicosis constitucional" o impulsiones. Ya hemos señalado que Salas y Vaca,

¹⁷³⁰ Salas y Vaca, J. (1920), pp. V-VII.

¹⁷³¹ Salas y Vaca, J. (1929), pp.32-34.

¹⁷³² Historia clínica XX-357. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Este paciente, además de degeneración fue diagnosticado de demencia precoz forma hebefrénica.

siguiendo a Magnan, quien las consideraba como una expresión final del desequilibrio del individuo¹⁷³³, dedicó un capítulo de su trabajo a las "impulsiones de los degenerados"¹⁷³⁴. Si bien el director de Leganés no consideró la dromomanía como una impulsión de los pacientes degenerados, su coetáneo y Jefe de la sección de hombres del Manicomio Provincial de Zaragoza, Joaquín Gimeno Riera (1877-1945) si la incluyó en esta categoría¹⁷³⁵. Así mismo, hemos hallado un paciente en el que se especificó la presencia de "manifiestos estigmas", única alusión registrada a la constitución física o psíquica, a pesar de ser considerados elementos fundamentales de la teoría de la degeneración¹⁷³⁶.

La terminología de degeneración en Leganés se asoció a diferentes variedades delirantes o paranoia, términos que solían intercambiarse -"psicosis degenerativa. Paranoia hipocondriaca con síntomas de negación", "psicosis sistematizada de los degenerados. Paranoia", "síndrome agitado demencial de forma paranoide degenerativa", "síndrome paranoide de interpretación, degenerado perseguido perseguidor celoso parricida", "psicosis degenerativa de involución tipo paranoide con delirios", "psicosis de los degenerados. Ideas delirantes de interpretación", "psicosis degenerativa, delirio de autoacusación", "degeneración con delirio paranoide", "síndrome degenerativo mental con delirios impulsivos de carácter hebefrénico", "degeneración mental con delirio erótico con impulsos" y "degeneración mental con delirio confusional con automutilaciones". En opinión de Huertas¹⁷³⁷, Magnan, a finales del siglo XIX había descrito los diferentes estados delirantes como parte de los "estados degenerativos", contribuyendo a través de su doctrina degeneracionista, a afianzar al delirio como elemento conceptual básico de la clínica psiquiátrica.

También hemos registrado terminología degeneracionista relacionada con las psicosis como "psicosis degenerativa" (ocho pacientes) o "psicosis crónica de aspecto degenerativo", observándose distintas descripciones- alucinatoria, de involución, razonadora (locura moral) o asociada a impulsiones-. El diagnóstico de psicosis sistematizada progresiva ya había sido utilizado por otros médicos españoles como Vicente Ots y Esquerdo¹⁷³⁸, autor muy influido

¹⁷³³ Huertas, R. (2004), p. 120.

¹⁷³⁴ Salas y Vaca, J. (1920), pp. 28-33.

¹⁷³⁵ Gimeno Riera, J. (1911). *La Locura. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades mentales*. Zaragoza: Imprenta y Encuadernación Clínica y Laboratorio.

¹⁷³⁶ Historia clínica XX-591. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷³⁷ Huertas, R. (2004), p. 118-223.

¹⁷³⁸ Ots y Esquerdo, V. (1893). Locura persecutoria. *Siglo Médico*, 40, 505 – 507.

por Magnan. No hay que olvidar que este último, en 1896, había diferenciado el delirio sistematizado de los degenerados y el delirio crónico de grandezas¹⁷³⁹.

Entre los asilados del Manicomio de Leganés, el degeneracionismo se asoció, así mismo, con variadas entidades nosológicas como la epilepsia o síndrome epiléptico (tres casos), el alcoholismo o la dipsomanía y la morfinomanía, todos ellos incluidos por Salas entre las “impulsiones de los degenerados”¹⁷⁴⁰. En relación al alcoholismo, conviene recordar que, desde que Morel incluyera entre las causas de degeneración la intoxicación alcohólica y, posteriormente, Magnan la considerara como contribuyente a la degeneración de la familia, esta afección estuvo ligada al concepto de degeneración porque afectaba a la descendencia al producir daño a los gametos durante la intoxicación repetida¹⁷⁴¹. Así mismo, en Leganés la degeneración se relacionó con la imbecilidad, diagnóstico considerado por los sistematizadores de la teoría, como consecuencia última del proceso degenerativo en un individuo o en una estirpe o familia de degenerados¹⁷⁴².

Ni siquiera las denominaciones procedentes de las descripciones alemanas de finales del siglo XIX y principios del XX como la demencia precoz, demencia catatónica, la psicopatía, la parafrenia, hebefrenia o esquizofrenia se apartaron de la terminología degeneracionista. Así, además de los cinco casos de psicopatías degenerativas, una de las cuales se asoció a alcoholismo, hemos registrado tres pacientes diagnosticados de demencia precoz con fondo degenerativo, una demencia precoz degenerativa y un paciente evaluado como degeneración mental con episodios delirantes que fue también diagnosticado de demencia precoz forma hebefrénica. Así mismo, se ha registrado un síndrome hebefrénico con fondo degenerativo y un caso de parafrenia degenerativa. Cuatro de los cinco casos de psicopatía degenerativa corresponden a pacientes ingresados en la década de los veinte. Aunque Kurt Schneider publicó, en 1923, *Las personalidades psicopáticas*¹⁷⁴³ y, cuatro años más tarde, Fernández Sanz, trabajando ya en el Manicomio, divulgó su trabajo “Constituciones y tendencias psicopáticas”¹⁷⁴⁴, es probable que los diagnósticos de psicopatías detectados en nuestro

¹⁷³⁹ Magnan, V. (1896a). Estado mental de los degenerados. Delirios sistematizados. I-Perseguidos- perseguidores. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 89-93; 131-139; Magnan, V. (1896b). Delirios sistematizados de los degenerados. Delirios crónicos de persecución. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 227-270.

¹⁷⁴⁰ Salas y Vaca, J. (1920), p.29.

¹⁷⁴¹ Huertas García-Alejo, R. (1987), p.59-104. Véase también: Campos, R. y Huertas, R. (1992). Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(41), 125-129 y Madden, J. S. (2012). Trastorno por abuso de sustancias. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 760-771). Madrid: Triacastela.

¹⁷⁴² Huertas, R. (2004), p. 120.

¹⁷⁴³ Schneider, K. (1980). [1923]. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata. Traducido al castellano por Bartolomé Llopis.

¹⁷⁴⁴ Fernández Sanz, E. (1927b). Constituciones y tendencias psicopáticas. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 26, 719-722.

periodo de estudio no correspondan con el concepto descrito por el médico alemán¹⁷⁴⁵. De hecho, Salas y Vaca, en 1929, identificaba como psicopatías todas las formas de oligofrenias (imbecilidad, idiocia y debilidad mental) y los “síndromes degenerativos” entre los que incluía a la paranoia, parafrenia, obsesiones, fobias y perversiones sexuales¹⁷⁴⁶. Posteriormente, a partir de los años cuarenta el diagnóstico de psicopatía, relacionado con la difusión de la obra de Schneider y más asimilable al concepto del alemán, aumentó de forma considerable en Leganés¹⁷⁴⁷.

Si bien se ha sostenido que el degeneracionismo fue más utilizado como diagnóstico jurídico que en las instituciones psiquiátricas¹⁷⁴⁸, se han encontrado instituciones como el Manicomio de Sant Boi con una incidencia del 11% del total (36 diagnósticos de degeneración para un total de 343 ingresos entre 1900 y 1930). A diferencia de Leganés, en la institución catalana se registraron, desde principios de la década de los noventa del siglo XIX, denominaciones como “locura de los degenerados” o degeneración mental¹⁷⁴⁹. Porcentaje similares se apuntan por Rodríguez Morini en la memoria médica del año 1904, cuando ingresaron 13 pacientes diagnosticados de “locura de los degenerados” de un total de 145, lo que supone el 9% de las hospitalizaciones, manteniéndose en años posteriores¹⁷⁵⁰. Por otro lado, en 1905, Manuel Gurría Estapé señalaba entre los 251 asilados del Manicomio de Navarra la presencia de 51 *“agenesías, unos afectados de debilidad mental, con o sin obsesiones e impulso, hay otros delirantes, alucinados y muchos convulsivos (...) todos ellos están recargados de estigmas de degeneración”*¹⁷⁵¹.

EL ALCOHOLISMO Y LA DIPSOMANÍA EN LEGANÉS

A partir del siglo XIX el alcoholismo y sus consecuencias penetraron en el campo de la psiquiatría¹⁷⁵², debido principalmente al aumento de asilados alcohólicos y, sobre todo, a la constatación de que gran parte de las alienaciones mentales se debían al abuso etílico. A mediados del siglo XIX vio la luz *Alcoholismus chronicus* (1852) de Magnus Huss (1807-

¹⁷⁴⁵ No hay que olvidar que, a finales del siglo XIX, el adjetivo psicopático se aplicaba a casi todas las formas de trastorno mental. Véase Sass, H. y Herpertz, S. (2012). Trastornos de personalidad. Sesión clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 734-745). Madrid: Triacastela; Berrios, G. E. (2008), pp.509-536.

¹⁷⁴⁶ Salas y Vaca, J. (1929), p.32.

¹⁷⁴⁷ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.183.

¹⁷⁴⁸ Campos Marín, R. (1999).

¹⁷⁴⁹ Antón Fructuoso, P. (1985), pp.196-216. Este autor señala que, por lo datos contenidos en las historias clínicas analizadas, el diagnóstico de “locura de los degenerados”, se podría asimilar al de esquizofrenia mientras que el de “degeneración mental” a cualquiera de los estados de retraso mental.

¹⁷⁵⁰ Rodríguez Morini, A. (1905), p. 338; Rodríguez Morini, A. (1907), p. 356 y Rodríguez Morini, A. (1910), p. 323.

¹⁷⁵¹ Aztarain Díez, J. (2005), p.328-329.

¹⁷⁵² Postel, J. y Quézel, C. (1987), pp. 385-393.

1890), obra en la que el autor realizó la primera descripción “con rigor científico” de esta entidad, proponiendo el término “alcoholismo” para designar a esta nueva enfermedad¹⁷⁵³. En las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, se planteó un debate en torno al alcohol, de modo que parte de la comunidad científica defendía las propiedades tónicas del vino y otros alcoholes. Esta controversia fue escenificada en la prensa por dos médicos de Leganés, tal como hemos apuntado en el capítulo III. En 1902, José Salas y Vaca dirigió a Enrique Fernández Sanz la publicación “Alcoholofobia”, en *La correspondencia Médica*, defendiendo los diferentes efectos del vino y el alcohol y considerando al primero como un estimulante del sistema nervioso que “*encuentra justificación en el orden social*”¹⁷⁵⁴. Poco tiempo después, Fernández Sanz le contestó con “Alcoholofilia”, donde rebatía los argumentos sobre las propiedades terapéuticas de estas bebidas. El neuropsiquiatra madrileño defendía la prohibición absoluta del resto de bebidas alcohólicas por parte del Estado para “*evitar a la humanidad uno de los más graves males que existen*”, aceptando, no obstante, un consumo moderado de vino, a pesar de que su supresión era para Fernández Sanz “*el ideal higiénico y moral de una sociedad perfecta*”¹⁷⁵⁵. De hecho, en la Casa de Santa Isabel se permitía, bajo prescripción facultativa, una dosis diaria de vino de Valdepeñas que no excediera la cantidad de 23 centilitros en cada comida¹⁷⁵⁶. No obstante, este no era el único establecimiento donde se autorizaba a su consumo, ya que, en el estudio realizado sobre el Manicomio de Valencia, se recogen fragmentos de varios documentos donde figuran las discrepancias generadas sobre la administración de alcohol a los pacientes¹⁷⁵⁷. Así mismo, en el Manicomio de Ciempozuelos estaba permitido salvo en el departamento de

¹⁷⁵³ Antes de la publicación de la obra de Magnus Huss los médicos y psiquiatras, si bien habían constatado la existencia del abuso de bebidas alcohólicas y sus consecuencias agudas, no habían descrito la especificidad de la intoxicación crónica y, tan sólo habían definido cuadros relacionados con el alcoholismo como el delirium tremens o la dipsomanía. Sobre la obra de este autor, puede consultarse Huertas, R. (1987), pp. 59-60; Campos Marín, R. y Huertas García-Alejo, R. (1991). El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. *Dynamis*, 11, 263-286, p.264 y Campos Marín, R. (1997). *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876-1923)*. Madrid: CSIC.

¹⁷⁵⁴ Salas y Vaca, J. (1902). Alcoholofobia. Al Dr. D. E. Fernández Sanz. *La Correspondencia Médica*, 37, 544 – 546.

¹⁷⁵⁵ Fernández Sanz, E. (1903f) Alcoholofilia. *La Correspondencia Médica*, 38, p. 2-3.

¹⁷⁵⁶ Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885. (15 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450. Artículo 85. Posteriormente, en el Reglamento de 1941 no se aludió a dicho consumo. Reglamento orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941. (3 de noviembre de 1941). *Boletín Oficial del Estado*, 311, pp. 8697-8701.

¹⁷⁵⁷ Una memoria de 1899 presentada por Manuel Faus, director facultativo de la referida institución, señalaba que “*es muy conveniente se les proporcione un vasito de vino en cada comida, siempre que no estén excitados, y ni sean epilépticos ni paralíticos*”. Además en otro informe posterior del año 1923 sobre la alimentación en el manicomio elaborado por Jesús Marín (director médico del manicomio entre el 1922 y 1930) se expuso que en el manicomio se administraba de 80 a 100 gramos de vino “*cuya calidad poco importa, pues todo alcohol a todos los neurópatas es un gran tóxico y sus ardientes defensores los médicos franceses, hoy ya no lo admiten, ni en los hoteles y menos aún en los menús de casas de salud (manicomios), y en el norte de América todos conocen que rige la ley seca*”. Este informe concluía que “*el vino debe sustituirse por un preparado de azúcar*”. Años después, Fernando Domingo Simó (director del manicomio entre 1930 y 1936) explicaba, en 1936, a propósito del vino en las comidas que “*aunque no todos los alienados tengan proscrito el uso del vino en las comidas, la práctica aconseja suprimirlo completamente salvo alguna indicación médica*”. Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia.

epilépticos¹⁷⁵⁸ y, en el de Navarra se administraba a modo de refuerzo positivo entre los asilados “trabajadores” no permitiéndose en el resto de la población¹⁷⁵⁹.

En Santa Isabel se utilizó el diagnóstico de alcoholismo, según refiere Mollejo, desde su inauguración¹⁷⁶⁰. En las primeras décadas del siglo XX hemos registrado 34 casos con esta afección mental (diez de ellos como segundo diagnóstico), que corresponden un 3,2% del total de ingresados entre 1900 y 1931. Además de los seis pacientes diagnosticados de “alcoholismo” y los cuatro afectados de “alcoholismo crónico”, se han detectado cuatro internados con “locura alcohólica” y seis de “psicosis alcohólica”. A estos hay que añadir dos pacientes melancólicos, un arteriosclerótico y una pseudoparálisis general, en los que se asumió un origen alcohólico de su padecimiento. No obstante, el alcoholismo también se asoció a otros diagnósticos principales como parálisis general progresiva, locura epiléptica (dos casos), hemiplejía, psicosis maniaco depresiva, delirios (cuatro enfermos) o la, ya citada, psicopatía degenerativa.

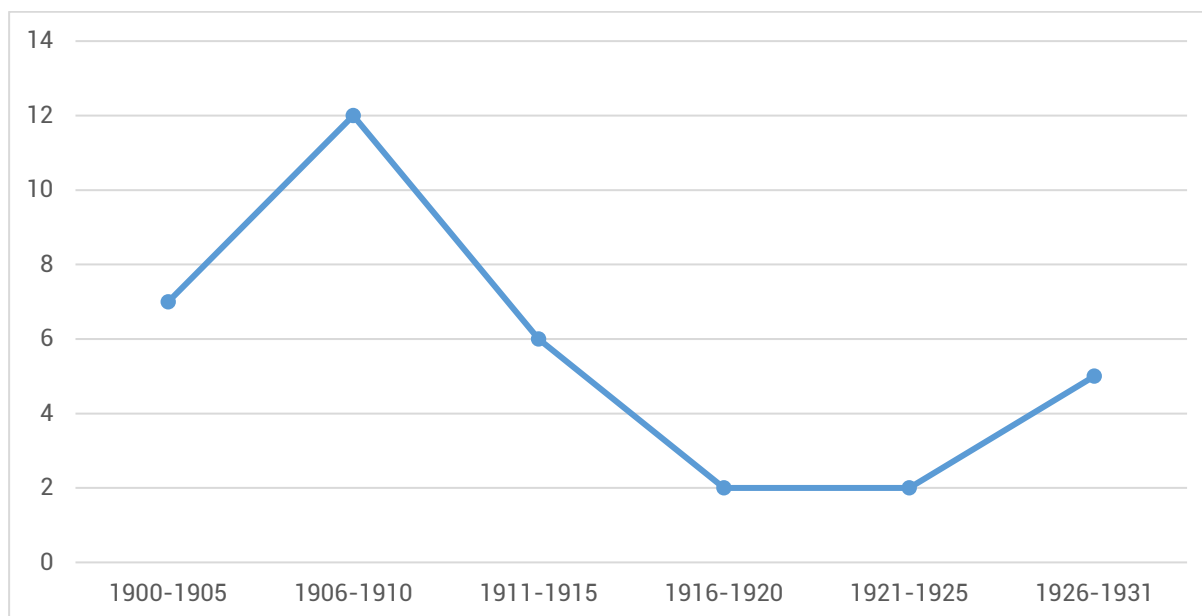


Figura 9. Evolución de los diagnósticos de alcoholismo en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

Como vemos (figura 9), los diagnósticos relacionados con el alcoholismo predominaron en la primera década del siglo XX. Posteriormente, durante la Segunda República, el porcentaje de alcohólicos fue del 2,2%¹⁷⁶¹, en los años de la contienda civil, tan solo ingresó un paciente diagnosticado de “alucinosis alcohólica episódica por intoxicación” y, durante la posguerra,

¹⁷⁵⁸ Gayarre, M. (1909). Memoria de los Manicomios de Ciempozuelos. *Revista Frenopática Española*, 7, 154 – 158, p.157.

¹⁷⁵⁹ Aztarain Díez, J. (2005), p. 319.

¹⁷⁶⁰ Mollejo Aparicio, E. (2011), p. 350.

¹⁷⁶¹ Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas García-Alejo (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 329-345). Madrid: CSIC, p. 340.

Conseglieri recogió un porcentaje de alcohólicos del 1,7%, menor al de las primeras décadas del siglo XX¹⁷⁶².

En el estudio realizado con los pacientes institucionalizados en el Manicomio de Sant Boi de Llobregat se objetivan cifras mayores que en Leganés, con el ingreso de 23 alcohólicos en el primer tercio del siglo XX. Este 6,7% del total de los pacientes que se internaron en ese periodo¹⁷⁶³, coincide con las memorias estadísticas realizadas por Rodríguez Morini para los años 1904 y 1906, periodos en los que esta enfermedad afectó al 5-6% de los ingresados¹⁷⁶⁴. José María Villacian, director del Manicomio de Valladolid recogía una frecuencia similar para el periodo temporal de 1929 a 1962¹⁷⁶⁵.

Como ya hemos señalado, desde la perspectiva degeneracionista, el alcoholismo podía ser causa de la progresiva degradación de la especie. En nuestra muestra, exceptuando el, ya citado, caso de psicopatía degenerativa, tan sólo hemos hallado un paciente con alcoholismo "degenerativo", asociado a delirios de persecución. Se trataba de un peluquero que ingresó en la institución, en abril de 1913, y fue dado de alta varios meses después tras no regresar de un permiso de licencia concedida¹⁷⁶⁶. Además de estos casos de patología relacionada con el consumo de alcohol, hemos registrados tres pacientes "dipsómanos", término que, con frecuencia, se empleaba de forma indistinta al alcoholismo. El primero de ellos se trata del ya aludido "degenerado dipsómano" que ingresó, en diciembre de 1919, en categoría de pensionista cuando contaba con 26 años de edad. Este abogado, permaneció institucionalizado tan solo dos años y fue dado de alta por no regresar de una licencia de salida¹⁷⁶⁷. Varios años después fue internado otro varón soltero, también en pensionista, aquejado de dipsomanía, que permaneció escasos meses en el establecimiento, siendo dado de alta, al igual que el primero, por no volver tras concedérsele un permiso temporal¹⁷⁶⁸. El último dipsómano corresponde a un carpintero alcohólico, internado en mayo de 1900, y a cuyo diagnóstico se añadió el de dipsomanía. Este paciente de estatura baja y temperamento nervioso, fue tratado en julio de 1906 con un "tratamiento especial antialcohólico" que no venía especificado en la historia clínica. Tras su administración, Ramón Ezquerro anotó en el evolutivo lo siguiente:

¹⁷⁶² Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 237. Ana Conseglieri, en su tesis doctoral, constata once casos de alcoholismo, algunos de los cuales presentaban también adicción a otras sustancias como cannabis o morfina. Véase, Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 141-143.

¹⁷⁶³ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁷⁶⁴ Rodríguez Morini, A. (1905), p. 338 y Rodríguez Morini, A. (1907), p. 357.

¹⁷⁶⁵ García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489- 1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, p.279.

¹⁷⁶⁶ Historia clínica XX-362. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷⁶⁷ Historia clínica XX-598. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷⁶⁸ Historia clínica XX-862. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

*"Este sujeto tan ansioso siempre de las bebidas alcohólicas, especialmente del vino que solicitaba en cuanto ejecutaba cualquier clase de trabajo no ha vuelto a pedir ni desear bebida alguna de aquella clase"*¹⁷⁶⁹.

A pesar de esta mejoría, permaneció institucionalizado hasta su fallecimiento 15 años después por "derrame seroso cerebral"¹⁷⁷⁰. Conviene señalar que este dipsómano se encontraba internado en la categoría de beneficencia, en donde, como hemos apuntado en el capítulo IV, la frecuencia de altas era menor que entre los pacientes privados.

Salas y Vaca clasificaba a los dipsómanos en dos tipos. Por un lado describía el "alcohólico que termina en dipsómano" y por otro, "la dipsomanía que conduce a la intoxicación". Consideraba a estos últimos como ejemplo típico de degeneración y no susceptibles de tratamiento, mientras que los primeros serían individuos "normales" que comenzaron siendo alcohólicos y, a los que este trastorno les llevó a la dipsomanía¹⁷⁷¹.

La morfinomanía en el Manicomio de Leganés

Además de la patología relacionada con el alcoholismo, en Europa, el fenómeno de la morfinomanía se extendió desde mediados del siglo XIX, al mismo tiempo que aparecieron nuevos tratamientos eficaces que revolucionaron los campos de la anestesia y de la lucha contra el dolor. Aislada en 1805¹⁷⁷², el empleo de la morfina se generalizó desde que, en 1853, el médico inglés Wood, estableciera el uso de inyecciones hipodérmicas¹⁷⁷³. Pocos años después, la guerra civil americana (1861-1865) y la franco-prusiana de 1870 favorecieron la difusión del fármaco, por lo que no tardaron en aparecer casos que, acabada la guerra, recibieron el significativo nombre de *army disease*¹⁷⁷⁴. En Francia, autores como Ball, Pichon, Séglas o Regis le dedicaron numerosos artículos describiendo una morfinomanía terapéutica

¹⁷⁶⁹ De estas líneas se desprende la posibilidad de que en el Manicomio de Leganés, al igual que ocurría en el de Navarra, el alcohol fuera utilizado como recompensa o premio entre los pacientes que mostraran un buen comportamiento.

¹⁷⁷⁰ Historia clínica XX-11. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷⁷¹ Salas y Vaca, J. (1929), p. 30-31. En la misma línea se pronunciaba Manuel Gurriá Estapé para el que la intoxicación alcohólica podía producirse de dos maneras: *"rápida y lenta, ambas por caminos más o menos directos suelen conducir al mismo término. Los individuos dados a la embriaguez, sufren la intoxicación de un modo rápido e intensivo, que trastornando su ya resentido sistema nervioso, determina cerebropatías y alienaciones con predominio de impulsos dipsomaniacos, lo que hace suponer fundadamente la anterior existencia de estados abúlicos o paralíticos de la voluntad, la cual ha perdido el poder de refrenar las impulsiones de referencia; estos individuos son verdaderos degenerados y surten gran parte de la población de los hospitales manicomios y presidios"*. Aztarain Díez, J. (2005), p. 325.

¹⁷⁷² Samblás Tilve, P. (2002). César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía. ¿Cura u ortopedia? *Frenia*, 2(1), 123-137, p. 123.

¹⁷⁷³ Postel, J. y Quétel, C. (1987), p. 263-270.

¹⁷⁷⁴ La producción alemana de morfina era de unas dos toneladas en 1869 (mientras se acumulaban stocks para el conflicto), y pasó a ser de cinco toneladas en 1872. Al menos tres de esas cinco toneladas correspondían a personas con *army disease*. A juicio de Escotado, estas cifras son comprensibles si se tiene en cuenta que la sustancia se empleaba no sólo para el dolor, sino para *"resistir incomodidades y darse coraje"*. Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza editorial, pp.314-315

que constituía una enfermedad iatrogénica, y una morfinomanía “pasional”, propia de individuos predispuestos y degenerados¹⁷⁷⁵.

A pesar de que prevalecería durante décadas un consumo juicioso, las consecuencias, supuestas o reales, que el consumo de las sustancias con capacidad para alterar el estado de ánimo podía provocar, comenzaron a constituir un motivo de preocupación para el Estado, de manera que, la lucha contra la toxicomanía adquirió, desde principios del siglo XX, una dimensión internacional en respuesta a la necesidad de llegar a acuerdos entre los Estados para combatirla¹⁷⁷⁶. En España, durante los años veinte del siglo pasado, la mayoría de los tratamientos se realizaban en el ámbito privado, los cuales eran, además de caros, muy escasos. Así, en 1926 y con el propósito de paliar estas deficiencias se fundó en Barcelona la *Asociación contra la Toxicomanía*, una entidad de corta duración que, aunque de carácter privado, no tenía ánimo de lucro y estaba vinculada al Estado¹⁷⁷⁷. A finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX se publicaron los primeros trabajos españoles que acometieron el estudio del morfinismo, entre los que destaca *Tratamiento de la Morfinomanía*, de Juarros. El texto del profesor del Instituto Criminológico pretendía, además de compilar las terapéuticas de deshabituación vigentes, acercar sus conocimientos a los profesionales con menor experiencia¹⁷⁷⁸.

Entre 1900 y 1931 ingresaron cuatro morfinómanos en Leganés, uno asociado a “locura circular, episodio maniaco único” y otro a “degeneración mental”. No hay que olvidar que Salas y Vaca consideraba a la morfinomanía entre las “impulsiones de los degenerados”¹⁷⁷⁹. Este diagnóstico, no registrado previamente en Santa Isabel¹⁷⁸⁰, se empleó en un médico, ingresado en mayo de 1929 en pensionista de segunda, cuando contaba con 42 años de edad. A su llegada a la institución fue descrito por Aurelio Mendiguchía Carriche como:

“Enfermo emotivo, sugestionable fácilmente y que ha llevado vida agitada durante la cual adquirió el vicio de inyectarse morfina. Ha sido tratado y desmorfinizado en su casa por el Dr. Banús teniendo reacciones violentas agresivas y autoagresiones que según sus familiares han puesto en peligro su vida. Pasó después a Cercedilla a reponerse por encontrarse un pequeño foco pulmonar de carácter tuberculoso donde se mejoró notablemente adquiriendo, por disgustos familiares por segunda

¹⁷⁷⁵ Postel, J. y Quérel, C. (1987), p. 266.

¹⁷⁷⁶ *Ibidem*, p. 263.

¹⁷⁷⁷ Sus objetivos eran, entre otros, la puesta en marcha de una “*campaña educativa contra los venenos sociales*” y la construcción de un sanatorio para el tratamiento de personas drogodependientes sin recursos. Véase, Usó i Arnal, J. C. (2011). La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República Association against. *Norte de Salud Mental*, 47, 94–100. Del mismo autor: Usó i Arnal, J. C. (2014). San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español. *Norte de Salud Mental*, 12(50), 101–115.

¹⁷⁷⁸ Juarros, C. (1920). *Tratamiento de la Morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja. Sobre este texto se puede consultar: Samblás Tilve, P. (2002). César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía. ¿Cura u ortopedia?. *Frenia*, 2(1), 123–137.

¹⁷⁷⁹ Salas y Vaca, J. (1920), p.29.

¹⁷⁸⁰ Mollejo Aparicio, J. (2011), p.349.

*vez el vicio de la morfina, llegando hasta la dosis de cuarenta miligramos, dosis que es con la que se ha empezado la desmorfinización*¹⁷⁸¹.

Como vemos, el galeno fue tratado durante su hospitalización con dosis decrecientes de morfina a lo largo de 14 días consecutivos. Un mes después de terminar dicho tratamiento, se le concedió una licencia de dos meses, siendo dado de alta en septiembre de ese mismo año, por no presentarse en la institución tras caducarse el permiso que se le había concedido. No se han registrado más casos de morfinomanía hasta la posguerra, periodo en el que ingresaron dos pacientes morfinómanos¹⁷⁸².

LA PATOLOGÍA SIFILÍTICA

Durante el siglo XIX, la parálisis general progresiva emergió como una nueva enfermedad mental de características devastadoras y que afectaba a una parte importante de la población psiquiátrica, describiéndose prevalencias de hasta el 12% de las poblaciones manicomiales¹⁷⁸³. Los orígenes de la parálisis general progresiva como categoría nosológica se remontan al año 1822, cuando Antoine-Laurent-Jessé Bayle (1799-1858) describió bajo el nombre de *arachnitis chronique*¹⁷⁸⁴, los cambios anatomopatológicos subyacentes a la enfermedad, por entonces conocida como *periencephalite chronique diffuse*¹⁷⁸⁵. Si bien la descripción de Bayle se ha considerado como modelo hacia el desarrollo de la concepción anatomo-clínica de la enfermedad mental¹⁷⁸⁶, el verdadero propósito del autor no fue, al menos en este primer trabajo, establecer nexos entre la patología psiquiátrica y las lesiones del sistema nervioso¹⁷⁸⁷. De hecho, la arachnitis crónica fue muy discutida entre los alienistas de la época como Esquirol o Baillarger, partidarios de una teoría "dualista" que consideraba que el delirio y la parálisis, aunque coexistieran, eran procesos diferentes¹⁷⁸⁸ y, se necesitarían más de 30 años para que la parálisis general progresiva fuera aceptada como

¹⁷⁸¹ Historia clínica XX-932. Archivo histórico del IPSSM José Germain.

¹⁷⁸² Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 142.

¹⁷⁸³ Brown, E. M. (1994). French psychiatry's initial reception of Bayle's discovery of general paresis of the insane. *Bulletin of the History of Medicine*, 68(2), 235 – 253, p.235.

¹⁷⁸⁴ Previamente algunos autores habían comunicado ciertas formas de locura como los delirios de grandeza asociadas a parálisis e incluso Parent-Duchatelet y Martinet, en 1821 llegaron a describir *l'arachnitis*. Huertas, R. (2004), p. 94. Sobre los predecesores de Bayle en la descripción de la parálisis general progresiva véase: Quétel, C. (1986). *Le mal de Naples : histoire de la syphilis*. Paris : Seghers. Esta obra fue traducida en: Quétel, C. (1992). *History of syphilis*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

¹⁷⁸⁵ La terminología utilizada para los fenómenos paralíticos asociados a trastornos mentales ha sufrido variaciones que van desde la denominación de Bayle hasta la de "parálisis general progresiva", acepción que Requin acuñó en su *Traité de Pathologie* (1846). Los diferentes vocablos españoles no han sido sino traducciones de los términos franceses: "*démence paralitique*" utilizado ya por Esquirol, "*paralyse générale des aliénés*", propuesto por Calmeil en 1826, o "*folie paralytique*", denominada en 1853 por Falret. Véase: Villasante, O. (2000). La introducción del concepto de parálisis general progresiva en la Psiquiatría decimonónica española. *Asclepio*, 52(1), 53–72.

¹⁷⁸⁶ Zilboorg, G. y Henry, G. W. (1941). *A History of Medical Psychology*. New York: W.W. Norton Company, Inc, pp. 398-399.

¹⁷⁸⁷ Huertas, R. (2004), pp.94-97.

¹⁷⁸⁸ Sobre estas polémicas consúltase: Brown, E. (1994).

entidad nosológica independiente¹⁷⁸⁹. En la segunda mitad del siglo comenzó a relacionarse la parálisis general progresiva con la sífilis y, en 1875, Jean Alfred Fournier (1832-1914) confirmó el origen sifilítico de la tabes dorsal¹⁷⁹⁰. Tres décadas más tarde, Fritz Schaudinn (1871-1906) descubrió la *spirocheta* en las lesiones primarias genitales de los luéticos, pero la relación definitiva entre sífilis y parálisis tardaría varios años más en quedar establecida, cuando Hydeyo Noguchi (1876-1928) y J. W. Moore aislaron la *spirocheta pallida* (posteriormente *treponema pallidum*) en el cerebro de los paralíticos¹⁷⁹¹.

En España, el interés por esta entidad no discurrió en paralelo al de los países europeos y no fue hasta 1883 cuando, con motivo del primer Certamen Frenopático Español¹⁷⁹², aparecieron los primeros datos publicados de paralíticos en el conjunto del territorio español aportados por Seguí (1843-1898), que señaló un porcentaje de internos entre el 8 y el 25% en las diferentes instituciones psiquiátricas españolas¹⁷⁹³. En esa misma década, Jaime Vera y López (1859-1918), publicó el primer estudio monográfico dedicado a la parálisis general progresiva en España¹⁷⁹⁴ que, en palabras de Olga Villasante, abriría el camino hacia la investigación de esta enfermedad en nuestro país. A partir de entonces, la entidad nosológica ocupó numerosas páginas de la bibliografía y prensa médica y comenzó a tener cabida en las reuniones científicas¹⁷⁹⁵. En las primeras décadas del siglo XX, el interés por la enfermedad paralítica se incrementaría más, apareciendo publicaciones como las de Gonzalo Rodríguez Lafora, centradas fundamentalmente en cuestiones terapéuticas¹⁷⁹⁶, autor que además divulgaría, a partir de 1925, las primeras experiencias en nuestro país de malarioterapia en la parálisis general progresiva¹⁷⁹⁷. Los facultativos del Manicomio de Leganés también se mostraron interesados por el estudio de esta enfermedad, como se puede ver a través de las publicaciones de Enrique Fernández Sanz¹⁷⁹⁸, que en 1907, además de incluirla entre las "psicosis de base orgánica conocida", la describía como:

¹⁷⁸⁹ Berrios, G. E. (2008), p.229.

¹⁷⁹⁰ Huertas, R. (2004), p.101.

¹⁷⁹¹ Quétel, C. (1992), pp. 132-159; Huertas, R. (2004), p.102.

¹⁷⁹² Sobre *Certamen Frenopático Español* de 1883, considerado como el primer congreso de psiquiatría celebrado en España se puede consultar: Villasante Armas, O. (1997b). *El Primer Certamen Frenopático Español (1883) y su papel en la institucionalización de la psiquiatría*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid; Villasante Armas, O. (1997a). Primer Certamen Frenopático Español (1883), Estructura asistencial y aspectos administrativos. *Asclepio*, 49, 79- 93.

¹⁷⁹³ Villasante, O. (2000), pp.60-61.

¹⁷⁹⁴ Vera, J. (1880). *Estudio clínico de la parálisis general progresiva de los enajenados*. Madrid: Moya y Plaza Ed.

¹⁷⁹⁵ Villasante, O. (2000), p.69.

¹⁷⁹⁶ Rodríguez Lafora, G. (1921). Progresos recientes en el tratamiento de la neurosífilis. *Archivos de Neurobiología*, 2(1), 56-70; Rodríguez Lafora, G. (1924a). Investigaciones experimentales recientes sobre sífilis neurotrópica y el problema de la parálisis general. *Archivos de Neurobiología*, 4, 54-70; Rodríguez Lafora, G. (1924c). Sobre la tabes. *Archivos de Neurobiología*, 4, 97-117.

¹⁷⁹⁷ Rodríguez Lafora, G. (1925c). Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente. *Archivos de Neurobiología*, 5, 101-128. Véase: Villasante, O. (2003). La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva. Primeras experiencias en España. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa*. (pp. 175-188). Madrid: Frenia; Villasante, O. (2004). La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario? *El Médico*, 919, 68 – 76.

¹⁷⁹⁸ Fernández Sanz, E. (1903a). Comentarios a un caso de tabes dorsal con síntomas tróficos. *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 9, 75-86; Fernández Sanz, E. (1917b). Sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas. Nota preliminar.

“Psicopatía de excepcional importancia, no solo por su frecuencia y gravedad, sino también porque, siendo muy rica en manifestaciones orgánicas y poseyendo lesiones anatómicas muy bien conocidas, constituye un sólido nexo entre la patología del cuerpo y la de la mente”¹⁷⁹⁹.

Por su parte, años antes de incorporarse a la institución, José Salas y Vaca también se preocupó por los luéticos, exponiendo a través de varios artículos sus consideraciones sobre la clínica y tratamiento de la patología sifilítica¹⁸⁰⁰. En la Casa de Santa Isabel se comenzaron a diagnosticar casos de lúes en la década de los setenta del siglo XIX y, a partir de ese momento, el número de pacientes sifilíticos, según Encarnación Mollejo, fue aumentando de manera exponencial¹⁸⁰¹. Durante nuestro periodo de estudio, un total de 105 pacientes fueron diagnosticados con alguna terminología relacionada con la patología sifilítica, que supone el 10% del total de ingresos. En la mayoría de estos asilados se utilizó el término parálisis general progresiva, acuñado por Requin en 1846¹⁸⁰² (90 de 105, que corresponde al 85% de los paralíticos), añadiendo en ocasiones alguna descripción psicopatológica como parálisis general progresiva con delirios y alucinaciones, parálisis general progresiva con delirio expansivo, tabo-PGP o parálisis general progresiva con delirios de grandeza¹⁸⁰³. Además, hemos registrado siete pacientes diagnosticados de síndrome paralítico y dos con demencia paralítica, concepto utilizado ya por Esquirol¹⁸⁰⁴. Entre el resto de denominaciones encontramos pacientes con parálisis general de origen traumático, parálisis con demencia senil, parálisis general artrítica, confusión mental con ideas delirantes agresivas con fondo paralítico, frenastenia con ausencias epilépticas de fondo paralítico, síndrome delirante

Siglo Médico, 64, 846-849; Fernández Sanz, E. (1904b); El diagnóstico precoz de la tabes dorsal. *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 11, 119-138; 304-322; Fernández Sanz, E. (1904c). El hibridismo tabetoparalítico. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 62, 361-369; 401-408; Fernández Sanz, E. (1906b). Tabes dorsal y parálisis general. *Siglo Médico*, 53, 549-550; Fernández Sanz, E. (1906c). Un caso de tabo-parálisis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 72, nc.; Fernández Sanz, E. (1909d). La patogenia de la tabes dorsal y de la parálisis general, según la escuela escocesa. *Revista Clínica de Madrid*, 1, 29-34; Fernández Sanz, E. (1909e). Un caso de sífilis cerebral precoz. *Siglo Médico*, 56, 146-148; Fernández Sanz, E. (1915c). Sífilis nerviosa conyugal. *Siglo Médico*, 62, 290-293; Fernández Sanz, E. (1916b). Consideraciones patogénicas y semiológicas sobre un caso de tabes dorsal complicado con hemiplejía por reblandecimiento cerebral. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 113, 441-448; Fernández Sanz, E. (1917b). Sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas. Nota preliminar. *Siglo Médico*, 64, 846-849; Fernández Sanz, E. (1919b). Algunos aspectos modernos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general. *Siglo Médico*, 66, 453-456.

¹⁷⁹⁹ Fernández Sanz, E. (1907a), p.61.

¹⁸⁰⁰ Salas y Vaca, J. (1905a). Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica. *Revista de Especialidades Médicas*, 8, 201-207.; Salas y Vaca, J. (1905c). El Benzoato de Mercurio en la sífilis. *Revista de Especialidades Médicas*, 105-108 y Salas y Vaca, J. (1911d). El Salvarsan “606” de Ehrlich-Hata en Neurología. *España Médica*. (10 de abril de 1911), p. 12.

¹⁸⁰¹ Mollejo Aparicio, E. (2011), p.242-252.

¹⁸⁰² Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.198.

¹⁸⁰³ Tanto Bayle como Calmeil reconocieron que, en su fase inicial, la demencia paralítica podía caracterizarse por delirios de grandeza o por depresión. Estos autores, junto a Falret, publicaron que los primeros eran más frecuentes. Kraepelin, en 1913, otorgaba al delirio de grandeza una proporción superior al 30%, mientras que el porcentaje del tipo depresivo, no descrito en nuestras historias clínicas, oscilaba entre el 10 y el 20% y, el demente, entre el 40 y el 60%. Hare, E. H. (2002b). Origen y propagación de la demencia paralítica. En E. H. Hare. *El origen de las enfermedades mentales* (pp. 79-142). Madrid: Editorial Triacastela.

¹⁸⁰⁴ Villasanté, O. (2000), p.53.

expansivo absurdo de fondo paralítico, arteriosclerosis cerebral de origen sífilítico y alcohólico o psicosis sífilítica.

Salas apuntaba, a finales de la década de los años veinte, que el ingreso de estos pacientes había disminuido significativamente en base a *“un diagnóstico más certero y al avance de los medios de tratamiento disponibles”*¹⁸⁰⁵. No obstante, tal y como se puede observar en la figura 10, en el periodo de tiempo estudiado no hemos encontrado grandes diferencias en el número de paralíticos ingresados, salvo una ligera tendencia descendente con el paso de los años, que se mantuvo durante épocas posteriores, en torno al 7% en la Segunda República y, entre el 2% y el 3%, en la Guerra Civil y posguerra¹⁸⁰⁶.

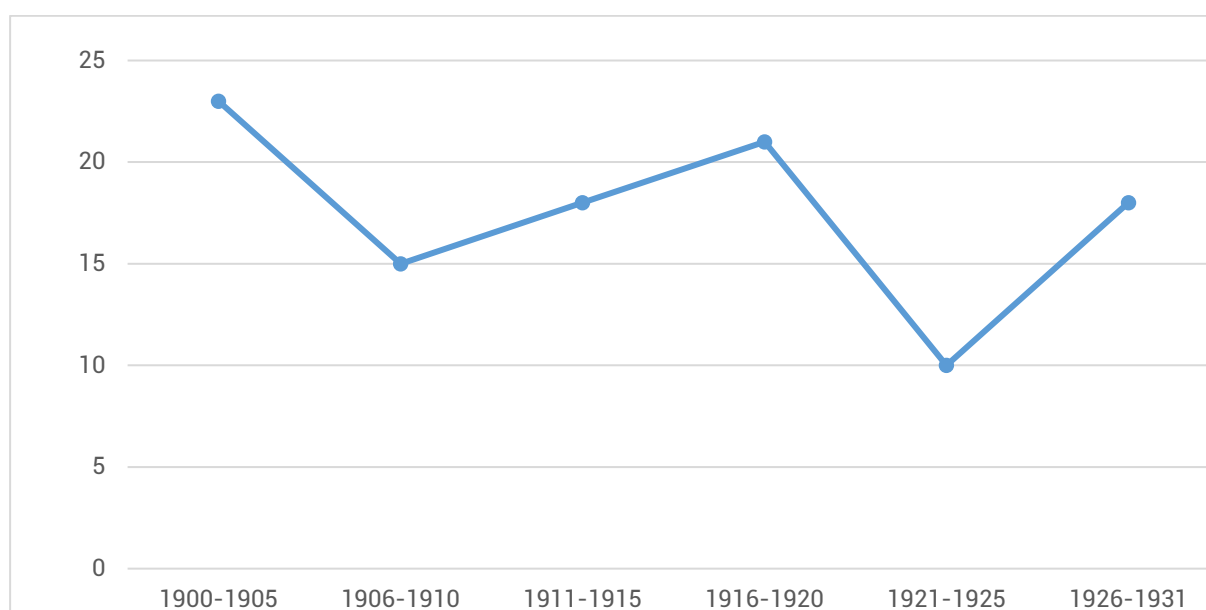


Figura 10. Evolución de los diagnósticos relacionados con la patología sífilítica en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Los datos obtenidos en nuestro análisis son ligeramente superiores a los que aportan estudios con los pacientes ingresados en otras instituciones como el Manicomio de Sant Boi, donde fueron internados 30 pacientes paralíticos entre 1900 y 1930 (27 con parálisis general progresiva y tres con demencia paralítica) de un total de 343 ingresos, que supone un 8,7% del total¹⁸⁰⁷, y similares a las del Manicomio de Valencia, institución en la que la neurosífilis

¹⁸⁰⁵ Salas y Vaca, J. (1929), p.35. Sobre los tratamientos aplicados a estos pacientes así como las medidas de diagnóstico nos centraremos en el capítulo VI de este trabajo.

¹⁸⁰⁶ Durante el periodo bélico tan sólo ingresó un paciente diagnosticado de parálisis general progresiva; Véase Vázquez de la Torre (2008), p. 84; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 235 y, desde el final de la contienda hasta 1952, se evaluaron un total de 15 casos paralíticos, doce de ellos fueron diagnosticados de parálisis general progresiva, uno de parálisis general juvenil, otro de parálisis infantil y otro de lúes cerebral.

¹⁸⁰⁷ Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216. En esta misma institución Rodríguez Morini apuntaba a un total de trece ingresos diagnosticados de parálisis general y tres de locura sífilítica de un total de 145 en 1904, lo que suponía el 11% del total. Dos años más tarde esta cifra disminuía al 8,4% (seis paralíticos de 71 ingresos) y dos años más tarde, apuntaba un cuadro nosológico similar. Rodríguez Morini, A. (1905), p. 338; Rodríguez Morini, A. (1907), p.356 y Rodríguez Morini, A. (1910), p.323.

supuso el 11% del total de ingresos entre 1900 y 1936¹⁸⁰⁸. Menores son las cifras registradas en el Manicomio de Navarra, donde en 1905, la patología sifilítica tan solo afectaba al 3,2% de la población manicomial¹⁸⁰⁹.

LOS SÍNDROMES EPILÉPTICOS

En los siglos XVII y XVIII, de la mano de Thomas Willis y Tissot (1662-1675), entre otros, se realizaron importantes contribuciones para el avance sobre el conocimiento de la epilepsia¹⁸¹⁰, como por ejemplo la relación de los accesos epilépticos con una descarga eléctrica anormal¹⁸¹¹. A principios del siglo XIX, el alcance clínico de la epilepsia, que estaba incluida, junto a las locuras, en la antigua categoría de las "neurosis" de William Cullen (1710-1790)¹⁸¹², comenzó a ampliarse y sus definiciones se volvieron, en palabras de Berrios, "más psiquiátricas" en contenido¹⁸¹³. En 1822, James Cowles Prichard (1786-1848), distinguió las epilepsias convulsivas de las tetánicas y atónicas. Una década más tarde Esquirol, quien varios años antes había solicitado la existencia en los asilos de departamentos especiales para estos enfermos, consideró tres tipos de epilepsia-esencial o idiopática, simpática de origen y sintomática debida a enfermedades infecciosas-¹⁸¹⁴. Así mismo, introdujo la noción de que los trastornos mentales empeoraban el pronóstico de la epilepsia¹⁸¹⁵, vínculo que sería cuestionado a mediados del siglo por Théodore Herpin (1799-1865)¹⁸¹⁶. Este último, además, proporcionó un esquema explicativo que anunciaba la visión jacksoniana de la epilepsia:

*"Nos parece legítimo sacar en conclusión que el pródromo descrito con el nombre de aura epiléptica no es más que la primera manifestación convulsiva del ataque, que se produce en una parte más o menos alejada del cerebro (...) la alteración funcional de los centros nerviosos que constituye un ataque de epilepsia, invade comúnmente a estos órganos, desde la parte superior del eje cerebroespinal hasta su parte inferior"*¹⁸¹⁷.

¹⁸⁰⁸ Heimann, C. (2006), p. 444.

¹⁸⁰⁹ Azatarin Díez, J. (2005), p. 328.

¹⁸¹⁰ La epilepsia es conocida desde varios miles de años antes de Cristo. Hipócrates, en el año 400 a. C. dedicó un libro a la epilepsia bajo el título de *Mal sagrado*, entidad sobre la que señaló: "no me parece que tenga nada de más divina ni de más sagrada que las otras, pues su naturaleza y su fuente son las mismas que las de las demás enfermedades", diferenciando dos tipos de afecciones: las crisis de epilepsia y los accesos histéricos, y aportando así, en los planos semiológicos, etiológicos y terapéuticos, nociones de gran importancia. Postel, J. y Quétel, C. (2000), p. 250. Sobre la historia conceptual de la epilepsia, cuestión que no podemos abordar de forma detallada, se puede consultar: Temkin, O. (1971). *The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginning of modern neurology*. Baltimore: John Hopkins University Press.

¹⁸¹¹ Postel, J. y Quétel, C. (2000), p. 250.

¹⁸¹² López Piñero, J. M. y Morales Meseguer, J. M. (1970). *Neurosis y psicoterapia*. Madrid: Espasa-Calpe, pp. 24-33.

¹⁸¹³ Berrios, G. E. (2012a). Epilepsia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 181-197). Madrid: Triacastela, p.182.

¹⁸¹⁴ Esquirol, J. E. D. (1838), pp.274 y ss.

¹⁸¹⁵ Berrios, G. E. (2012a), pp.182-183.

¹⁸¹⁶ Ibidem, p. 188. Sobre el autor se puede consultar: Eadie, M. J. (2002). The epileptology of Théodore Herpin (1799-1865). *Epilepsia*, 43(10), 1256-1261.

¹⁸¹⁷ Tomado de: Postel, J. y Quétel, C. (2000), p.251.

Pocos años más tarde, en paralelo a las descripciones de “epilepsia enmascarada” de Morel y “locura epiléptica” de Falret¹⁸¹⁸, el neurólogo inglés John Hughlings Jackson (1835-1911) sentaba las bases de la epileptología moderna al describir la epilepsia como una descarga repentina, rápida y excesiva de la materia gris cerebral, definición que se mantendrá vigente hasta la actualidad¹⁸¹⁹. A pesar de que, a principios de los años XX, se sucedieron las publicaciones sobre epilepsia que incorporaban los avances neurocientíficos de la época, entre los que destacamos los del premio nobel Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)¹⁸²⁰, los grandes tratados psiquiátricos, como el de Kraepelin en sus primeras ediciones, seguían considerando a la epilepsia como “una neurosis”, de la misma índole que los demás trastornos psicopatológicos¹⁸²¹.

En el Manicomio de Leganés se diagnosticaron algo más de un centenar de pacientes de epilepsia o con terminología relacionada con esta enfermedad a lo largo de nuestro periodo de estudio, lo que supone el 9,6% del total de ingresos. Esta entidad, que se objetivó entre la población manicomial desde la fundación de la institución¹⁸²², presentó una evolución oscilante a lo largo de los primeros decenios del siglo XX (figura 11).

¹⁸¹⁸ Morel, en 1860, describió la *épilepsie larvée* o epilepsia enmascarada al argumentar que la epilepsia se manifestaba bien en forma de convulsiones o ausencias, bien en forma de “*estados mentales anormales*” o comportamiento anormal, abriendo la posibilidad del diagnóstico de epilepsia sin antecedentes de convulsiones para lo que bastaba con reconocer características clínicas como la naturaleza paroxística y la personalidad premórbida. Por su parte, ese mismo año, Falret, revisando la naturaleza del vínculo entre epilepsia y locura, clasificó las “locura epilépticas” en tres grupos: fenómenos mentales peri e intraictales, cambios interictales en la personalidad y locuras de largo plazo cuyo comienzo se podía describir asociado o no a manifestaciones convulsivas. Véase: Berrios, G. E. (2012a), pp.185-189.

¹⁸¹⁹ Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.252. Sobre el autor se puede ver: Swash, M. (2015). John Hughlings Jackson (1835-1911): An adornment to the London Hospital. *Journal of Medical Biography*, 23(1), 2-8.

¹⁸²⁰ Magiorkinis, E., Diamantis, A., Sidiropoulou, K. y Panteliadis, C. (2014). Highlights in the history of epilepsy: the last 200 years. *Epilepsy research and treatment*, 1-13. Este artículo se puede ver en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/582039> [consultado el 8 de octubre de 2016] y Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.252-253.

¹⁸²¹ Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.252.

¹⁸²² Mollejo Aparicio, E. (2011), pp. 296-303.

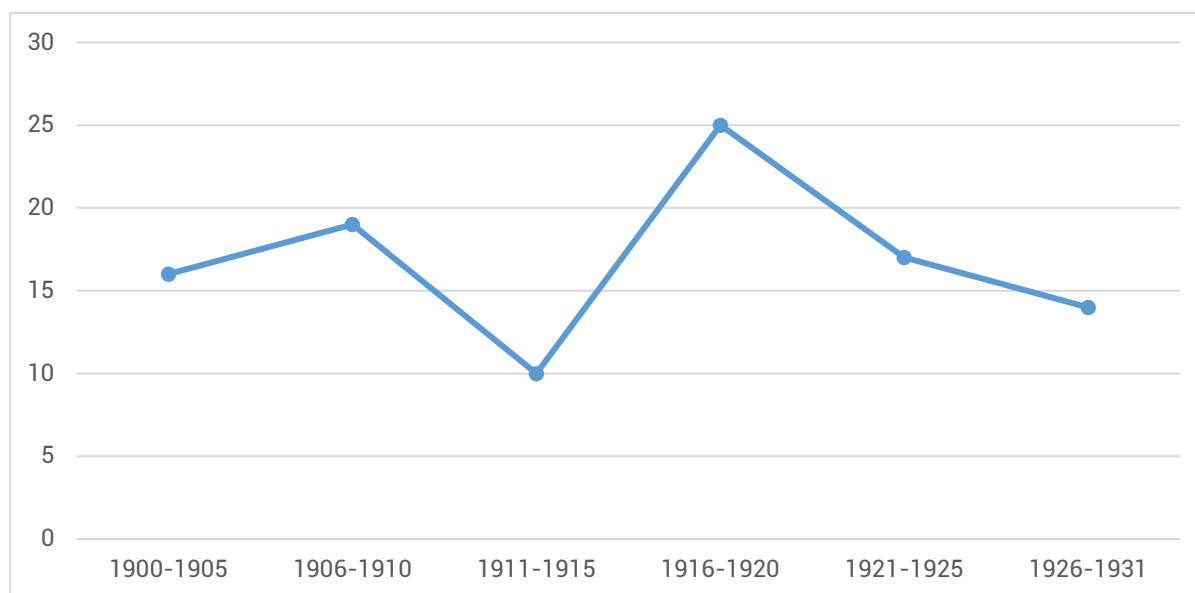


Figura 11. Evolución de los diagnósticos de epilepsia en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Posteriormente, se mantuvo el ingreso de epilépticos en el establecimiento, de modo que, durante la contienda civil ingresaron un total de siete epilépticos (10,9% de las historias clínicas abiertas en ese periodo)¹⁸²³ y, entre 1939 y 1952 esta cifra se situó en el 8%¹⁸²⁴.

En las primeras décadas del siglo XX, además del tercio de pacientes diagnosticados de "epilepsia", se aprecian denominaciones muy variadas como demencia epiléptica (trece pacientes), locura epiléptica (seis casos), psicosis epiléptica (doce asilados), epilepsia genuina, epilepsia larvada, epilepsia con demencia, epilepsia con accesos maniacos, epilepsia con alucinaciones, manía aguda con accesos de epilepsia larvada, frenastenia con ausencias epilépticas de fondo paralítico, epilepsia por meningoencefalitis, epilepsia motora y psicosis, epilepsia con fondo constitucional frenasténico, idiotismo con accesos convulsivos epileptiformes, epilepsia degenerativa, epilepsia sindrómica con frenastenia, epilepsia agresiva, epilepsia con frenastenia o epilepsia con hemiparesia del lado derecho. Como vemos, destaca la asociación entre epilepsia y frenastenia, que en la clasificación del médico italiano Sante de Santis (1862-1935) se asociaba a idiotismo¹⁸²⁵. En los evolutivos se pueden apreciar de forma frecuente las alusiones a la pérdida de las facultades mentales

¹⁸²³ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5.

¹⁸²⁴ Conseglieri Gámez, A. (2013), pp. 157-159.

¹⁸²⁵ S. de Santis distinguió entre *frenastenia cerebropática*, debida a una enfermedad del cerebro diagnosticada y sobrevenida durante una de las fases del periodo evolutivo intra o extra uterino; *frenastenia biopática*, en la que no había evidencias de enfermedades graves del sistema nervioso central y cuyo origen se encontraba en desórdenes de la evolución prenatal del cerebro independientemente de las causas heredadas o congénitas precoces; y, finalmente, un tipo de frenastenia mixta en función de su etiología y sintomatología, la *biocerebropática*, donde incluyó las alteraciones disglandulares. Véase: Huertas, R. y Del Cura, M. (1996). La categoría de infancia anormal en la construcción de una taxonomía social en el primer tercio del siglo XX. *Asclepio*, 48(2), 115-127, p. 127 y Del Cura, M. (2011). *Medicina y pedagogía. La construcción de la categoría "Infancia anormal" en España (1900-1939)*. Madrid: CSIC, p. 337.

o imbecilidad como revelan las siguientes anotaciones: *“la misma situación deficiente en cuanto a recuerdos (...) Se acentúan sus ataques convulsivos y su estado demencial originado del estado (...) de su epilepsia”*¹⁸²⁶, *“en la actualidad se halla en estado de imbecilidad con accesos frecuentes de epilepsia considerándose como incurable”*¹⁸²⁷, *“esta enferma empezó a sufrir accesos de epilepsia desde niña, haciéndose más frecuentes en la época de la pubertad, concibiendo su familia la desdichada idea de hacerla contraer matrimonio creyendo obtener por este medio la curación de la enfermedad, sobreviniendo después de realizado un periodo de accesos más frecuentes con pérdida por largos espacios de tiempo de las facultades mentales hasta la completa perturbación de ellas, llegando a ser peligrosa”*¹⁸²⁸.

Las psicosis epilépticas, a las que, como hemos señalado en el capítulo III, Salas y Vaca dedicó un artículo publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* el mismo año de su llegada al Manicomio Nacional, aparecen en doce pacientes y, la epilepsia degenerativa, en tres asilados. No hay que olvidar que este neuropsiquiatra, desde sus convicciones degeneracionistas, otorgaba a la epilepsia, al igual que al resto de patologías mentales, un origen principalmente hereditario¹⁸²⁹, considerando *“la impulsión motriz propia de los epilépticos”* entre las impulsiones de los degenerados¹⁸³⁰. El director del Manicomio de Leganés incluía la epilepsia entre las neurosis apuntando que:

*“La mayoría de las lesiones que la autopsia descubre, son todas ellas insuficientes para determinar la neurosis, aunque aisladas circunstancias puedan estimarse estos hallazgos necrópsicos como productores indiscutibles del síndrome convulsivo. Es necesario, pues, admitir una predisposición, y dentro de ella preciso es también aceptar una individualidad morbosa, adquirida o congénita, que pueda explicarnos cómo en unos casos pequeños y aislados ataques se siguen de fenómenos psíquicos permanentes de déficit mental, y cómo en otras circunstancias el cerebro ideativo se salva, a pesar de haber permanecido durante mucho tiempo sumido en el agitado enemigo de una gran neurosis convulsiva”*¹⁸³¹.

En nuestras fuentes hemos hallado un hortelano epiléptico, que ingresó en la institución en julio de 1909, diagnosticado de “epilepsia, delirio agitado” y al que tras su fallecimiento en enero de 1913, se practicó una autopsia. Del resultado de ésta se señaló, por parte del médico auxiliar del Manicomio, Antonio Yunta, lo siguiente:

¹⁸²⁶ Historia clínica XX-94. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸²⁷ Historia clínica XX-101. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸²⁸ Historia clínica XX-245. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸²⁹ Salas y Vaca, J. (1911a). Psicosis epilépticas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 93, 289 – 299, p.293.

¹⁸³⁰ Salas y Vaca, J. (1920), p.28.

¹⁸³¹ Salas y Vaca, J. (1911a), p.293.

“Notificada la autopsia se apreció hiperextensión del líquido céfalo-raquídeo y carácter rudimentario de las circunvoluciones, con algunos indicios de encéfalo-meningitis adherente”¹⁸³².

No cabe duda que el grupo de epilépticos ocupó un lugar preeminente en las poblaciones de las diferentes instituciones psiquiátricas españolas con datos que oscilan entre el 6 y el 15%¹⁸³³.

LAS “ENFERMEDADES DE LOS NERVIOS”: HISTEROMANÍA, NEURASTENIA Y PSICASTENIA

A pesar de que, en la segunda mitad del siglo XVIII, el médico escocés William Cullen propondría el término “neurosis”¹⁸³⁴, las enfermedades nerviosas como la hipocondría y la histeria permanecieron a lo largo del siglo XIX, en gran medida, al margen de la actividad de los alienistas, ocupados de la gran patología mental o “psicosis”¹⁸³⁵. De hecho, serían los internistas Paul Briquet (1796-1881) con su *Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie* y Charles Lasègue (1816-1883) con *de l’anorexie hystérique*, los que se hicieron cargo inicialmente de la histeria que, caracterizada por una manifiesta pluralidad sintomática, generaba gran desconcierto e incomodidad entre los clínicos¹⁸³⁶. A partir de 1870, Jean Martin Charcot (1825-1893) emprendería una revisión de esta entidad aplicándole los principios de la semiología médica¹⁸³⁷, que contribuiría de manera inexorable a la conceptualización de la histeria como enfermedad mental¹⁸³⁸. Dos décadas después de que viera la luz el tratado de Charcot, Sigmund Freud (1856-1939), que había pasado dos temporadas como asistente del eminente neurólogo de la Salpêtrière, dio a conocer sus

¹⁸³² Historia clínica XX-263. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸³³ En el Manicomio de Sant Boi alcanzaron el 9,6% del total de ingresos entre 1900 y 1930, en el de Conxo la entidad se diagnosticó al 6,1% de los internados entre 1885 y 1919, en el establecimiento navarro, llegó al 15,1% de la población asilada en el año 1905, mientras que en el asilo valenciano éstos conformaron el 8,9% de los ingresados entre 1900 y 1936. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216; Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.24; Aztarain Díez, J. (2005), p. 328 y Heimann, C. (2006), p.444.

¹⁸³⁴ Huertas, R. (2004), p.167. Bajo esta denominación, William Cullen entendía a “todas las afecciones preternaturales del sentido y del movimiento, en las que la pirexia no constituye de ningún modo una parte de la enfermedad primitiva; y todas las que no dependen de una afección local de los órganos, sino de una afección más general del sistema nervioso”. Esta definición, en opinión de López Piñero y Morales Meseguer, se limitó a separar mediante un criterio negativo a las neurosis de las demás clases del sistema nosológico y a reafirmar el presupuesto por el que se las considera enfermedades directamente dependientes del sistema nervioso. López Piñero, J. M. y Morales Meseguer, J. M. (1970), pp. 24 y ss.

¹⁸³⁵ Huertas, R. (2004), p.168.

¹⁸³⁶ Huertas, R. (2004), p.170; Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.271. Sobre la historia de la histeria desde la antigüedad hasta nuestros días, véase: Trillat, E. (1986). *Historie de l’hystérie*, Paris : Seguers.

¹⁸³⁷ Huertas, R. (2004), p.177 ; Charcot, J. M. (1872-73). *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris: Bourneville. La primera traducción de esta obra al castellano fue realizada por Manuel Flores y Pla y publicada diez años después de la primera edición francesa. Charcot, J. M. (1882). *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*. Madrid: Imprenta de A. Pérez Dubrull. Se puede consultar una revisión de los postulados metodológicos que Charcot y sus colaboradores aplicaron al estudio de la histeria en: López Piñero, J. M. y Morales Meseguer, J. M. (1970), p.173.

¹⁸³⁸ Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.271.

Estudios sobre la histeria (1895). En este trabajo, ampliaba la concepción "psicológica" de la enfermedad, ya iniciada por el médico y filósofo Jean-Pierre Janet (1859-1947)¹⁸³⁹ y contraria a la de Charcot, que la consideraba, en línea con lo formulado por Cullen, como una enfermedad de los nervios¹⁸⁴⁰. A principios del siglo XX, las teorías de Janet, desacreditadas porque se basaban en la hipnosis y las de Freud, rechazadas por las sociedades científicas debido a su connotación sexual, no se utilizaban fuera de un círculo privado de expertos en teoría freudiana. Esta tendencia cambiaría a partir de la primera guerra mundial, momento en que surgieron de nuevo de la mano de la histeria traumática, esta vez, a diferencia de lo ocurrido en el siglo previo, en el seno de la psiquiatría en vez de la neurología¹⁸⁴¹. En España, destacan las aportaciones realizadas por Enrique Fernández Sanz, con más de dos decenas de trabajos dedicados al estudio de la histeria¹⁸⁴², entre los que merece la pena resaltar *Histerismo. Teoría y clínica*¹⁸⁴³.

La terminología relacionada con la histeria apareció en las historias clínicas del Manicomio de Leganés por primera vez, según los estudios de Mollejo, en 1853, si bien es a partir de la década de los años setenta, coincidiendo con la publicación del manual de Charcot, cuando el número de pacientes histéricos aumenta de manera exponencial¹⁸⁴⁴. En las primeras décadas del siglo XX se diagnosticaron catorce casos, la mitad bajo la descripción de histeromanía, a los que en tres ocasiones se les añadieron características sintomatológicas como alucinaciones de la vista y del oído, alucinaciones o delirios y alucinaciones. Además, hemos registrado tres mujeres diagnosticadas de histerismo, dos como primer diagnóstico (una de ellas con "síntomas de confusión mental") y, una tercera, como segundo asociado a delirios alucinatorios, todas ellas ingresadas en la primera década del siglo XX, años antes de que Enrique Fernández Sanz publicara *Histerismo: Teoría y clínica*¹⁸⁴⁵. Entre el resto de histéricas se aprecian así mismo denominaciones como delirio histérico con ninfomanía periódica y constitución histérica. Salas y Vaca, a principios de la década de los años veinte, había definido el temperamento histérico por una *"emocionalidad desmedida, una débil voluntad, una excitabilidad e irritabilidad que eran responsables de los síntomas como las*

¹⁸³⁹ Jean-Pierre Janet, discípulo de Charcot en la Salpêtrière, aportó conceptos nuevos como el de "automatismo psicológico", "ideas fijas subconscientes" o "psicastenia", apuntando hacia una medicina psicológica bien diferenciada de la de Charcot. Véase: Huertas, R. (2004), p.194 y Postel, J. y Quérel, C. (2000), p.279.

¹⁸⁴⁰ Trillat, E. (2012). Trastorno de conversión e histeria. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 499-519). Madrid: Triacastela, p. 505.

¹⁸⁴¹ Ibídem, p.506-509.

¹⁸⁴² Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006), pp. 122-128.

¹⁸⁴³ Sobre esta publicación se puede consultar: Moro, A. (2006). El histerismo en la obra de Fernández Sanz. En: J. Martínez Pérez, P. Porras Samblás y M. Del Cura (eds.). *La Locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios* (pp. 67-77). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

¹⁸⁴⁴ Mollejo Aparicio, E. (2011), p.326.

¹⁸⁴⁵ Fernández Sanz, E. (1914c). *Histerismo: Teoría y Clínica*. Madrid: Editorial Francisco Beltrán.

*alucinaciones o las "ideas fijas subconscientes"*¹⁸⁴⁶. No hay que olvidar que, en los primeros años del siglo, en paralelo al menor interés de la comunidad médica por los síntomas, en palabras de Trillat, lábiles, fugitivos y engañosos, de la histeria, se comenzó a construir una caracterología y una tipología de la personalidad histérica¹⁸⁴⁷. A éste grupo hay que añadir las dos pacientes diagnosticadas de "accesos histeroepilépticos con delirios religiosos" y "psicosis histeroepiléptica en forma de delirio sistematizado de carácter ocasional". La histero-epilepsia fue una entidad a la que Charcot dedicó la tercera parte del primer volumen de su tratado, diferenciándola de otros síntomas neurológicos de apariencia clínica similar y aceptando que la relación entre síntoma y lesión anatómica no podía demostrarse en las pacientes histéricas¹⁸⁴⁸. Este cuadro sería sistematizado, en 1881, en *Études cliniques sur l'hystéroépilepsie ou la grand hystérie* por su discípulo Paul Richer (1849-1933), trabajo en el que este autor describió los cuatro periodos del ataque histeroepiléptico- epileptoideo, periodo de las contorsiones, periodo de las actitudes pasionales y terminal-¹⁸⁴⁹.

Si bien José Salas y Vaca¹⁸⁵⁰ y, especialmente, Enrique Fernández Sanz, se mostraron interesados por los síndromes psiconeuróticos¹⁸⁵¹, la incidencia de esta terminología en las historias de los que ingresaron en Leganés en las primeras décadas del siglo XX es prácticamente anecdótica. La psiconeurosis, término genérico propuesto por el discípulo de Charcot, Fulgence Raymond (1844-1910) con el objetivo de incidir en una etiología y patogenia psicológica de la enfermedad mental¹⁸⁵², se ha objetivado tan sólo en el caso de una mujer que ingresó, en diciembre de 1917, a los 24 años de edad. En la historia clínica de esta paciente, de temperamento nervioso y constitución buena, no se realizó ninguna anotación clínica hasta un mes después de su llegada al establecimiento, cuando Salas y Vaca señaló:

¹⁸⁴⁶ Salas y Vaca, J. (1913). Psicosis histéricas y coréicas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 98, 129– 136; 169–175, p.129. Estas ideas detenidas en el umbral de la conciencia, bien estudiadas por Jean-Pierre Janet, eran las responsables de las hiperestesias, contracturas, parálisis, insomnios, tics, obsesiones o delirios presentes en los enfermos. Véase: Postel J y Quérel C. (2000), P.279.

¹⁸⁴⁷ Trillat, E. (2012), p.507.

¹⁸⁴⁸ Huertas, R. (2004), p.178 y ss.

¹⁸⁴⁹ Ibídem, p. 184-190. En estas páginas se puede leer una reproducción de la descripción que Richer realizó del ataque histero-epiléptico.

¹⁸⁵⁰ Salas y Vaca, J. (1903b). La neurastenia, sus causas y tratamiento. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 60, 361–370; 401–413; 441–459; Salas y Vaca, J. (1906a). Las neurosis sintomáticas. Estudio clínico de los neurosisismos de causa orgánica. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 71, 321–332; 361–373; 401–417; 441– 456; Salas y Vaca, J. (1906c). Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de mayo último. *Siglo Médico*, 53, 450–451.

¹⁸⁵¹ Enrique Fernández Sanz, además de su monografía *Las Psiconeurosis*, publicada en 1921, en la que abordaba desde el punto de vista clínico y terapéutico estas afecciones, difundió cerca de dos decenas de artículos relacionados con esta cuestión, los cuales se pueden consultar en el repertorio bibliográfico de Rey González. Véase: Rey González, A., Jordá Moscardó, E., Dualde Beltrán, F. y Bertolín Guillén, J. M. (2006), pp. 122-128 y Fernández Sanz, E. (1921c). *Las psiconeurosis*. Madrid: Espasa.

¹⁸⁵² Postel J. y Quérel C. (2000), pp.236-237.

*"Durante el tiempo de observación se ofrece esta enferma locuaz, un tanto excitada con insomnio y formulando protestas acerca de la conducta de su familia con ella por cuya causa se encuentra atendida de su neurosis"*¹⁸⁵³.

Posteriormente se apuntó una mejoría de su estado: *"Pasado un mes se tranquiliza realizando las (...) de sus sexos y mostrándose más comunicativa y afectuosa"*¹⁸⁵⁴. La evolución favorable de su sintomatología propició, sin duda, que se le concediera una licencia de salida de dos meses de duración de la que la paciente no regresó, por lo que fue dada de alta a los seis meses de ingresar.

Por otra parte, la neurastenia, una enfermedad del sistema nervioso sin lesión orgánica, caracterizada por un debilitamiento de la fuerza nerviosa¹⁸⁵⁵, que Fernández Sanz incluyó junto al histerismo, la psicastenia, la psiconeurosis de angustia y la depresión afectiva simple, entre las diferentes variedades de psiconeurosis¹⁸⁵⁶, se utilizó en tres ocasiones (en una de las cuales se especificó que era consecutiva a una gastroenteritis). Así mismo, la psicastenia, término con el que Janet había propuesto sustituir al de neurastenia¹⁸⁵⁷, y que se empleó para describir un conjunto de trastornos conocidos y clasificados, que abarcaban las obsesiones, las manías mentales, la "locura de la duda", las fobias, algunos delirios y sobre todo los "escrúpulos"¹⁸⁵⁸, se ha registrado en otros tres asilados (dos varones y una mujer), uno de los cuales se añadió la descripción "delirante, ideas de negación".

La histeria, neurastenia y psicastenia siguieron ocupando un lugar minoritario entre los aislados de Santa Isabel, de manera que, entre 1936 y 1952, tan sólo se diagnosticaron dos casos de histeria, uno de "psicosis reactiva de fondo histérico" y una psicastenia¹⁸⁵⁹. Sin duda, estos diagnósticos fueron escasamente utilizados en el primer tercio de siglo, al igual que otras instituciones, como en el Manicomio de Navarra, donde tan sólo afectó a tres de los 251 asilados en el año 1905¹⁸⁶⁰.

¹⁸⁵³ Historia clínica XX-536. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸⁵⁴ Ibidem.

¹⁸⁵⁵ Wessely, S. (2012). Neurastenia y síndromes de fatiga. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 585-611). Madrid: Triacastela, p.586.

¹⁸⁵⁶ Fernández Sanz, E. (1921c).

¹⁸⁵⁷ Huertas, R. (2004), p.194; Berrios, G. E. (2012b). Retraso mental. Sección clínica. 2ª parte. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 267-281). Madrid: Triacastela; Berrios, G. E. (2012c). Demencia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 51-70). Madrid: Triacastela y Berrios, G. E. (2008), pp.206-266.

¹⁸⁵⁸ Véase: Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(4), 1397–1415 y Postel J. y Quérel C. (2000), pp.236-237.

¹⁸⁵⁹ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), pp.233-234 y Anexo XV, tabla A5 y Conseglieri Gámez, A. (2013), Anexo 18.

¹⁸⁶⁰ Aztarain Díez, J. (2005), p.334.

LA DEFICIENCIA MENTAL: DE LA AMENCIA A LA OLIGOFRENIA

Hasta el siglo XVIII, las clasificaciones nosológicas no diferenciaban de forma clara la demencia de la deficiencia mental¹⁸⁶¹, de manera que estas entidades se incluían en la categoría de “amencia”, descrita por François Boissier de Sauvages (1706-1767)¹⁸⁶² y Cullen¹⁸⁶³, entre otros. Habría que esperar por tanto a la llegada de la sistemática pineliana, a principios del siglo XIX, para que el retraso mental se afanzara como un defecto de la función intelectual diferente de la locura o la demencia. El alienista francés distinguió la demencia del idiotismo u “obliteración de las facultades intelectuales y afectivas”¹⁸⁶⁴, considerando a este último “generalmente incurable”¹⁸⁶⁵. Por su parte, Esquirol, además de compartir las críticas de Pinel a las nosologías *more botanicum* del siglo precedente, que no diferenciaban entre estos dos trastornos, fue más allá en la sistematización del idiotismo y estableció dos especies de idiocia en función del grado de deficiencia intelectual: imbecilidad, en la que la inteligencia no podía desarrollarse más que “hasta cierto punto” y la idiocia propiamente dicha, en la que el intelecto no se llegaba ni siquiera a manifestar¹⁸⁶⁶.

En el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931 se han registrado 82 pacientes diagnosticados con terminología relativa a la deficiencia mental (cerca del 8% del total de ingresos), de los cuales trece se añadieron como segundo diagnóstico. Estas categorías nosológicas, que ya se diagnosticaban, según Mollejo, desde la fundación del hospital¹⁸⁶⁷, incluían la imbecilidad- la más frecuente y empleada en un total de 35 pacientes-, el idiotismo con catorce enfermos y la oligofrenia con doce casos. Además, se han objetivado cinco pacientes diagnosticados de frenastenia y siete de idiocia, una de ellas calificada de “idiocia moral”. A pesar de la importancia que Morel concedió a la cuestión de la deficiencia mental, que consideraba como clara representación de la degeneración humana¹⁸⁶⁸, no hemos encontrado ninguna alusión a estigmas degenerativos en estos pacientes. Cerca de una decena de los deficientes mentales de Leganés presentaban delirios, sordera, “automatismo

¹⁸⁶¹ Huertas, R. (1997). La deficiencia mental en las nosografías psiquiátricas francesas en el tránsito del siglo XVIII al XIX. *Archivos de Neurobiología*, 60(3), 259 – 270, p.260 y Huertas García-Alejo, R. (1998c). *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*. Madrid: CSIC, pp. 39-51.

¹⁸⁶² La amencia, en la que no se distinguía todavía la idiocia de la demencia y que incluía todos los episodios que cursaban con confusión mental, fue descrita por Sauvages en su *nosologie méthodique* (1773) como una falta de inteligencia congénita y adquirida, crónica o aguda, permanente o transitoria. Huertas, R. (1997), p.261.

¹⁸⁶³ William Cullen definía la amencia como la “*imbecilidad de la facultad de juicio con incapacidad para percibir o recordar*” y la dividía en tres clases, congénita, senil y adquirida, las dos últimas correspondientes aproximadamente a la demencia. Berrios, G. E. (2012b), p.269.

¹⁸⁶⁴ Pinel fue el primero en usar la palabra *démence* para referirse a las amencias adquiridas de Cullen. Berrios, G. (2012b), p.270.

¹⁸⁶⁵ Huertas, R. (1997), p.263.

¹⁸⁶⁶ *Ibidem*, p.264.

¹⁸⁶⁷ Mollejo Aparicio, E. (2011), pp.338-340.

¹⁸⁶⁸ Miller, E. (2012). Retraso mental. Sección clínica, 1ª parte En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 253-266). Madrid: Triacastela, pp. 260-261.

reaccional (sic) motor", hemiplejía o epilepsia. La edad media de los pacientes incluidos en este grupo es de 25,4 años (DE 10,88), trece años menor que en la población general, siendo la mediana de 23 años con un rango intercuartílico que va desde los 18 a los 31 años de edad. Conviene recordar, como hemos señalado en el capítulo I, que la deficiencia mental ocupaba un lugar preeminente entre la población infantil de Leganés.

En la figura 12 se puede observar la evolución de la terminología de la deficiencia mental utilizada en el Manicomio de Leganés. Vemos como, si bien la imbecilidad es la que predomina en los primeros años del siglo, va disminuyendo en paralelo al aumento del idiotismo, que es sustituido, a finales de la década de los años veinte, por la idiocia¹⁸⁶⁹. Por otra parte, destaca el importante aumento que sufre la oligofrenia, término introducido por Kraepelin a finales del siglo XIX.

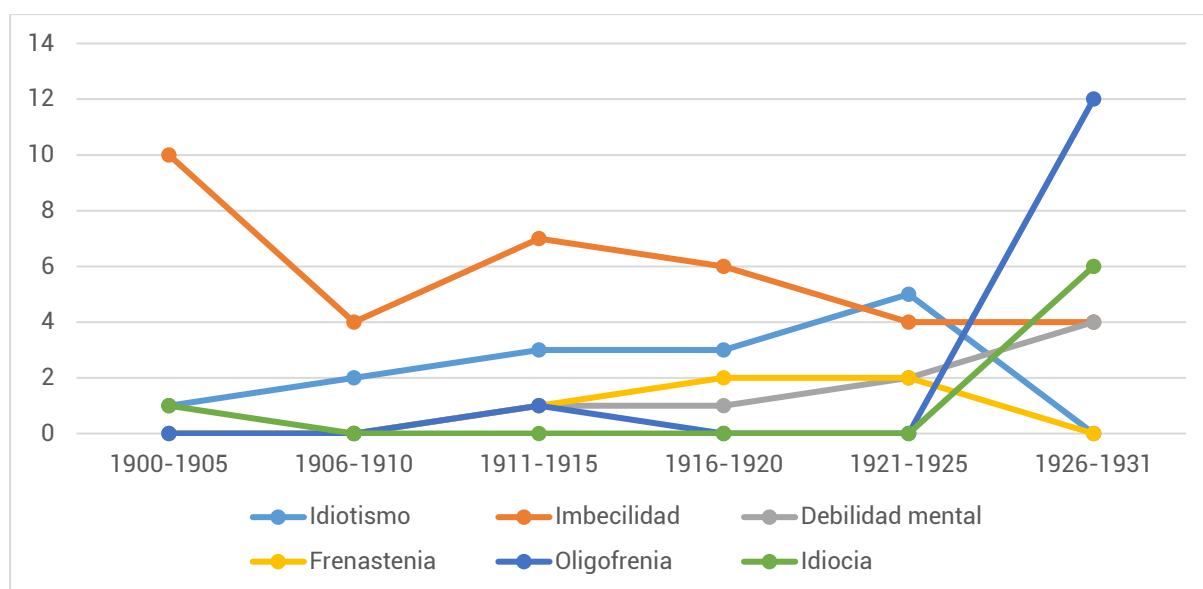


Figura 12. Evolución de los diagnósticos de deficiencia mental en el Manicomio de Leganés (1900-1931)

Posteriormente, durante el periodo bélico, se objetivaron cinco casos de oligofrenia en sus diferentes grados (idiotismo, imbecilidad y debilidad mental), que constituyen el 7,8% del total de hospitalizaciones¹⁸⁷⁰ y, en la posguerra, estos alcanzaron la cifra de 66 casos, lo que supuso el 12% del total de ingresos, el segundo en frecuencia durante ese periodo¹⁸⁷¹.

¹⁸⁶⁹ Si bien es posible que los médicos españoles utilizaran ambos términos-idiotismo e idiocia- de manera indistinta, se ha optado por separarlos dadas las diferencias conceptuales otorgadas por Pinel quien, como hemos señalado, utilizó el término *idiotisme* para designar la obliteración de las facultades intelectuales y afectivas y Esquirol, que sustituyó este último por el de *idiotie*, para insistir en su carácter primario. Huertas, R. (2004), p. 263.

¹⁸⁷⁰ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5.

¹⁸⁷¹ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.193.

La deficiencia mental también alcanzó cifras significativas en otras instituciones españolas como el Manicomio de Sant Boi, con un 9,6% del total de ingresos entre 1900 y 1930¹⁸⁷², similar al de Valencia¹⁸⁷³.

LA DEMENCIA SENIL Y OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VEJEZ

Pinel, primer alienista en usar la palabra *démence* para referirse a las amencias adquiridas de Cullen¹⁸⁷⁴, definía la demencia o amencia senil como *“aquel género de inestabilidad extremada”* caracterizado en un primer momento por *“incoherencias extravagantes y continuas y atolondramientos graciosos”*, para luego ir evolucionando hacia una abolición del pensamiento¹⁸⁷⁵. Las investigaciones sobre los cambios cerebrales que acompañan a la demencia comenzaron con Louis Victor Marcé (1828-1864), en Francia, durante la década de 1830, aunque habría que esperar hasta finales del siglo para que se distinguiera entre los factores vasculares y parenquimatosos en la etiología de la demencia. En las primeras décadas del siglo XX se estableció desde, en palabras de Berrios, el “paradigma cognitivo”¹⁸⁷⁶, que la característica esencial de la demencia era el deterioro intelectual y, fueron apareciendo las descripciones de las diferentes variedades de esta enfermedad.

En el Manicomio de Leganés ingresaron un total de 93 pacientes diagnosticados de demencia en sus diferentes variedades entre 1900 y 1931, lo que supone el 8,9% de los ingresos, porcentaje muy similar al registrado en épocas posteriores de la institución¹⁸⁷⁷. Hemos objetivado 60 demencias seniles o preseniles (tres como segundo diagnóstico asociados a parálisis general progresiva y melancolía¹⁸⁷⁸), lo que constituye un 5,7% del total de ingresos producidos en nuestro periodo de estudio. Entre el resto de los 33 casos de demencias se registra terminología muy diversa como los nueve pacientes con demencia orgánica, demencia de involución, demencia agitada, síndrome demencial o demencia apoplética. Como se puede ver en la figura 13, las demencias seniles y preseniles mostraron una tendencia al alza a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX, mientras que el resto de síndromes demenciales se mantuvieron relativamente estables.

¹⁸⁷² Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216.

¹⁸⁷³ En la institución valenciana los ingresos por cuadros de deficiencia mental supusieron el 9,6% del total entre 1900 y 1931. Heimann, C. (2006), p.444. Así mismo, en el de Conxo, la imbecilidad se objetivó en el 7,4% de los pacientes ingresados entre 1885 y 1919. Véase Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.24.

¹⁸⁷⁴ Berrios, G. E. (2012b), p.270. Sobre la historia conceptual del término se puede consultar: Berrios, G. E. (1987). Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 17(4), 829 – 837.

¹⁸⁷⁵ Huertas, R. (1997), p.263.

¹⁸⁷⁶ Berrios, G. E. (2008), pp.258-266.

¹⁸⁷⁷ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5 y Conseglíeri Gámez, A. (2013), p.155.

¹⁸⁷⁸ A principios de siglo, la senectud era considerada como un factor de riesgo en la melancolía. Berrios, G. E. (2008), p.255.

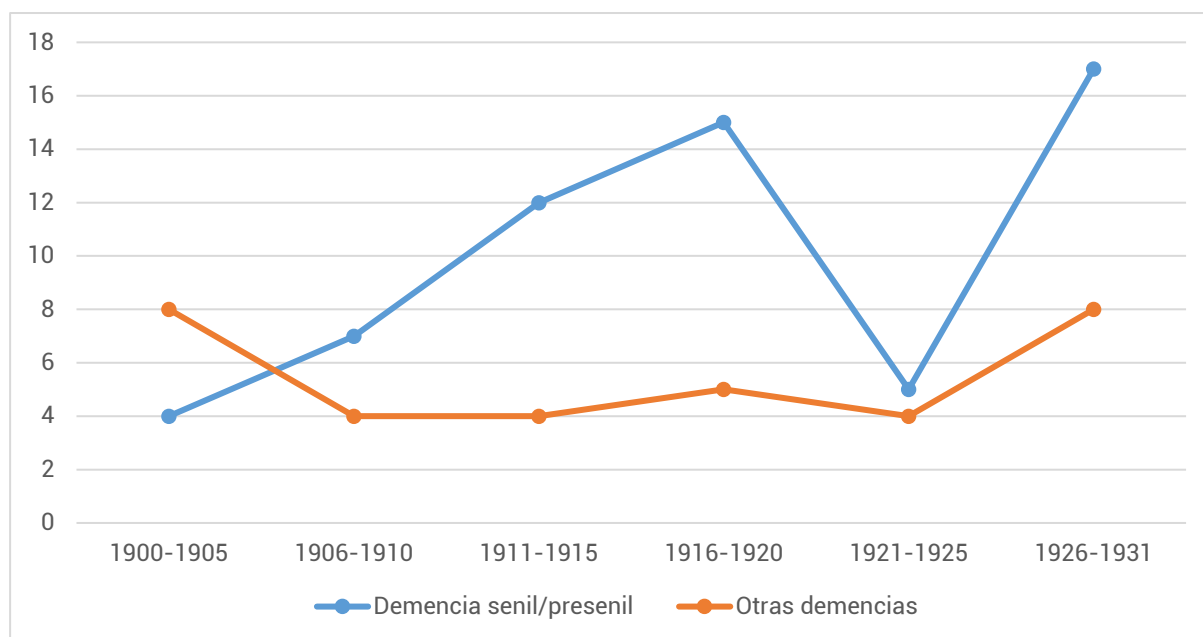


Figura 13. Evolución de las demencias en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

La presbiofrenia, descrita por Kahlbaum como una forma de *paraphrenia senilis*, caracterizada por amnesia, desorientación, falsos reconocimientos delirantes y confabulación¹⁸⁷⁹, se utilizó para diagnosticar a dos pacientes. Este término no volvió a emplearse en Leganés hasta la posguerra, periodo en el que ingresaron dos presbiofrénicos¹⁸⁸⁰. Así mismo, la arteriosclerosis, cuya histopatología fue descrita en 1833 por Jean Georges Chrétien Frédéric Martin Lobstein (1777-1835) y a la que se atribuirían multitud de trastornos volitivos, cognitivos y afectivos propios de la senilidad, apareció en otros tres ingresados en nuestro periodo de estudio¹⁸⁸¹.

En el Manicomio de Sant Boi de Llobregat, las demencias supusieron el 6,1% del total de ingresos entre 1900 y 1930, cifra menor que la registrada en Leganés. Entre los asilados de la institución catalana se registran denominaciones similares a las de Santa Isabel como demencia senil, demencia orgánica incipiente, demencia terminal o incluso presbiofrenia, diagnóstico utilizado también en dos pacientes¹⁸⁸². Esta cantidad es menor a la registrada en otros establecimientos como el Manicomio de Navarra, en el que, en 1905, los estados demenciales constituían el 20,7% de la población manicomial¹⁸⁸³.

¹⁸⁷⁹ Ibídem p.257.

¹⁸⁸⁰ Conseglíeri Gámez, A. (2013), p.156

¹⁸⁸¹ Entre 1939 y 1952 se observaron nueve casos de arteriosclerosis del total de 615 historias clínicas analizadas. Ibídem, p. 254-256

¹⁸⁸² Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216. Los datos aportados por este autor son, sin embargo, menores que los que apuntaba Rodríguez Morini para la misma institución a principios del siglo XX, cuando las demencias (terminales y seniles) supusieron entre el 8,9 y el 13,7% del total de ingresos. Véase: Rodríguez Morini, A. (1905), p. 338; Rodríguez Morini, A. (1907), p.356 y Rodríguez Morini, A. (1910), p.323.

¹⁸⁸³ Aztarain Díez, J. (2005), p.328.

La confusión mental de Chaslin

En las historias de Leganés hemos hallado también el término de "confusión mental"¹⁸⁸⁴, descrito a finales del siglo XIX por Philippe Chaslin (1857-1923) para abordar el viejo problema de "idiotismo adquirido" de Pinel como:

*"Afección generalmente aguda, que es consecutiva a la acción de una causa por lo general apreciable, y que se caracteriza por fenómenos somáticos de desnutrición y fenómenos mentales: el fondo esencial de éstos (...) está constituido por una forma de debilitamiento y disociación intelectual, confusión mental que puede acompañarse o no de delirio, alucinaciones, agitación o, por el contrario, de inercia motriz, con o sin variaciones del estado emocional"*¹⁸⁸⁵.

Entre 1900 y 1931 se han registrado un total de 17 pacientes con "confusión mental" (dos como segundo diagnóstico), entre los que hemos hallado una mujer diagnosticada de "confusión alucinatoria aguda (amencia)"¹⁸⁸⁶, terminología esta última procedente de las, ya aludidas, clasificaciones de Cullen y Sauvages. A estas denominaciones hay que añadir un síndrome confusional, dos síndromes confusionales asténicos y otros dos síndromes confusionales delirantes. El adjetivo "confusional" se utilizó también para designar algunos delirios -delirio confusional forma expansiva, delirio paratímico de tipo confusional, delirio agitado confusional y delirio confusional con automutilaciones- así como una psicosis-. El concepto descrito por Chaslin también aparece en Leganés en años posteriores¹⁸⁸⁷, así como en otros establecimientos psiquiátricos coetáneos¹⁸⁸⁸.

¹⁸⁸⁴ Sobre la historia conceptual del término "confusión" se puede ver: Berrios, G.E. (1981b). Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 139, 439 – 449.

¹⁸⁸⁵ Chaslin, P. (1895). *La confusion mentale primitive*. París : Asselin et Houzeau. Tomado de: Huertas, R. (2004), pp.141-142. Sin embargo, la gran aportación de este autor a la psicopatología fueron sus *Éléments de sémiologie et cliniques mentales* (1912), volumen en el que define la *discordance* o *folies discordantes*.

¹⁸⁸⁶ Este es el único caso de amencia entre los 1041 ingresos producidos en nuestro periodo de estudio. La amencia era considerada por Cullen como sinónimo del idiotismo y, para Chiarugi, una de las tres variedades clínicas fundamentales-melancolía, manía y amencia-. Véase: Berrios, G. E. (2008), p. 211 y Huertas, R. (2004), p. 37.

¹⁸⁸⁷ Durante los años de la contienda civil ingresaron tres pacientes afectados de confusión mental, síndrome confusional y estado confusional. Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), Anexo XV, tabla A5.

¹⁸⁸⁸ En el Manicomio de Sant Boi y en el de Navarra, aunque con escasa frecuencia también se hospitalizaron pacientes con este diagnóstico. Antón Fructuoso, P. (1982), pp.196-216 y Aztarain Díez, J. (2005), p.328.

DIAGNÓSTICOS AGRUPADOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN KRAEPELINIANA

Si bien no se puede evitar cierto anacronismo, en este apartado se pretende agrupar todos los ingresos nuevos en el Manicomio Nacional de Leganés entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931 (N=1041) según la clasificación de Kraepelin, adoptada por el INE a partir del año 1931 (figura 14)¹⁸⁸⁹.

Grupo I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales.
Grupo II. Alteraciones mentales en otros procesos orgánicos cerebrales.
Grupo III. Alteraciones mentales en intoxicaciones.
III. 1. Alcoholismo.
III. 2. Morfinismo.
III. 3. Otras intoxicaciones exógenas.
III. 4. Intoxicaciones endógenas.
III. 5. Enfermedades endocrinas.
Grupo IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas.
Grupo V.
V. 1. Sífilis cerebral.
V. 2. Parálisis progresiva.
Grupo VI.
VI. 1. Arteriosclerosis.
VI. 2. Demencias seniles y preseniles.
Grupo VII. Epilepsia.
Grupo VIII. Esquizofrenia.
Grupo IX.
IX. 1. Disposición maniaco-depresiva.
IX. 2. Psicosis maniaco-depresiva.
Grupo X. Psicopatías.
Grupo XI. Reacciones psicógenas.
Grupo XII. Paranoia.
Grupo XIII. Oligofrenia.
Grupo XIV. Casos oscuros.

Figura 14. Grupos nosográficos kraepelinianos según la clasificación del INE.

Fondo documental del INE

Ya hemos señalado la importante variabilidad encontrada en los diagnósticos con un total de 343 denominaciones diferentes, lo que conlleva una dificultad para el análisis estadístico de esta variable, inconveniente ya destacado por otros autores como Andrés Ríos Molina y cols. al estudiar los diagnósticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de la Castañeda¹⁸⁹⁰ o, por Ana Conseglieri y Paloma Vázquez de la Torre en sendos trabajos sobre la propia institución de Leganés.

¹⁸⁸⁹ Se trata de una adaptación de la clasificación publicada en la sexta edición de su tratado en 1899, si bien el término demencia precoz es sustituido por el de esquizofrenia de Bleuler. A pesar de que la clasificación no se aceptó oficialmente hasta 1931, se ha realizado esta agrupación porque, de hecho, los médicos de los establecimientos españoles sí la utilizaban durante las décadas anteriores y, otros trabajos de investigación la han utilizado como marco para la clasificación.

¹⁸⁹⁰ Ríos Molina, A., Sacristán, C., Ordorika Sacristán, T. y López Carrillo, X. (2016). Los pacientes del Manicomio de la Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio*, 68(1), 136. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>.

Esta agrupación ha sido realizada con el objetivo de poder estudiar aspectos de la población asignada a cada categoría, así como establecer comparaciones de carácter cuantitativo tanto con periodos posteriores de la institución como con otros establecimientos psiquiátricos. Si bien, a lo largo del presente capítulo se ha realizado una comparativa con los datos disponibles de otras instituciones psiquiátricas, en éstas se pretendía estudiar las tendencias nosográficas imperantes a lo largo de nuestro periodo de estudio. Con la agrupación de todos los diagnósticos según la clasificación kraepeliniana intentamos acercarnos de forma transversal y global a la distribución de éstos en Santa Isabel durante las primeras décadas del siglo XX¹⁸⁹¹.

Una vez agrupados los diagnósticos literales (figura 15), el más frecuente es el de las esquizofrenias, que supone el 24% del total. El segundo en frecuencia es la paranoia (13%) y los siguientes la sífilis (9,2%) y la epilepsia (8,6%). Las oligofrenias ocupan el 6,5%, porcentaje muy similar al de los procesos arterioscleróticos y de regresión (6,4%). Entre las patologías más minoritarias se sitúan las alteraciones mentales en las intoxicaciones (2,7%), las reacciones psicógenas (1,3%) y, con menos de un 1% del total, las psicopatías, las alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas y las alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas.

¹⁸⁹¹ Es importante señalar que en este análisis no se han incluido los segundos diagnósticos, lo que explica que las cifras no se correspondan totalmente con las aportadas en las líneas precedentes.

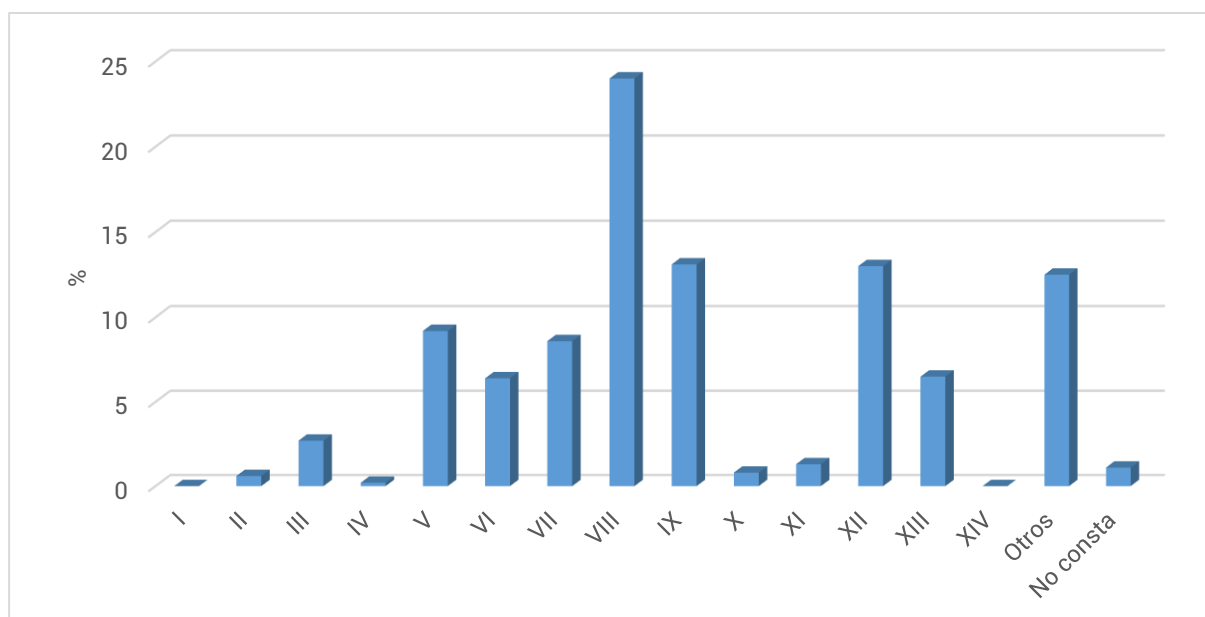


Figura 15. Grupos diagnósticos según la clasificación kraepeliniana en los pacientes nuevos que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

La esquizofrenia (14,3 frente al 9,7%), sífilis (8,6 frente al 0,6%), oligofrenias (4,8 frente al 1,7%) y los trastornos mentales en intoxicaciones (2,4 frente al 0,3%) fueron más frecuentes entre los hombres, mientras que los procesos arterioscleróticos y de regresión (4,4 frente al 2%), la psicosis maniaco depresiva (8,9 frente al 4,2%) y las reacciones psicógenas (1,2 frente al 0,1%) predominaron entre las mujeres (figura 16)¹⁸⁹².

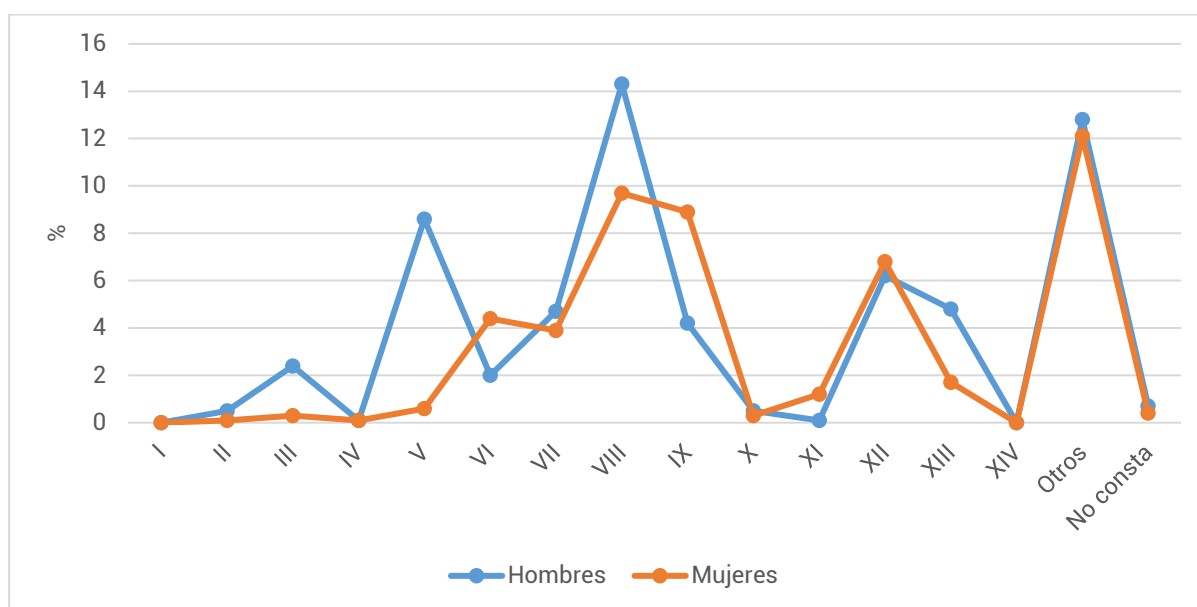


Figura 16. Grupos nosológicos kraepelinianos en el Manicomio Nacional de Leganés en función del sexo (1900-1931)

¹⁸⁹² La proporción mayor de psicosis maniaco-depresiva en la mujeres es también señalada en Ríos Molina, A., Sacristán, C., Ordorika Sacristán, T. y López Carrillo, X. (2016), p. 6, que recogen un 77% de mujeres.

Durante la guerra civil estas diferencias se mantuvieron excepto en la epilepsia, que fue más frecuente entre los varones y la paranoia, que predominó de forma muy acusada entre las mujeres¹⁸⁹³.

Los pacientes pertenecientes a las categorías de epilepsia (grupo VII) y de las oligofrenias (XIII), con unas edades medias de 27,36 (DE 11, 53) y 25,4 años (DE 10,88) respectivamente, fueron los más jóvenes en el momento del ingreso mientras que aquellos incluidos en los procesos arterioscleróticos y de regresión (grupo VI), entre los que estaba la demencia senil, ingresaron con una edad media de 68,34 años (DE 9,98), menor que la registrada durante la guerra, periodo en el que todos los pacientes de esta categoría tenían más de 80 años en el momento de la hospitalización¹⁸⁹⁴. El resto de edades medias estuvieron entre los 32 y 45 años de edad (figura 17).

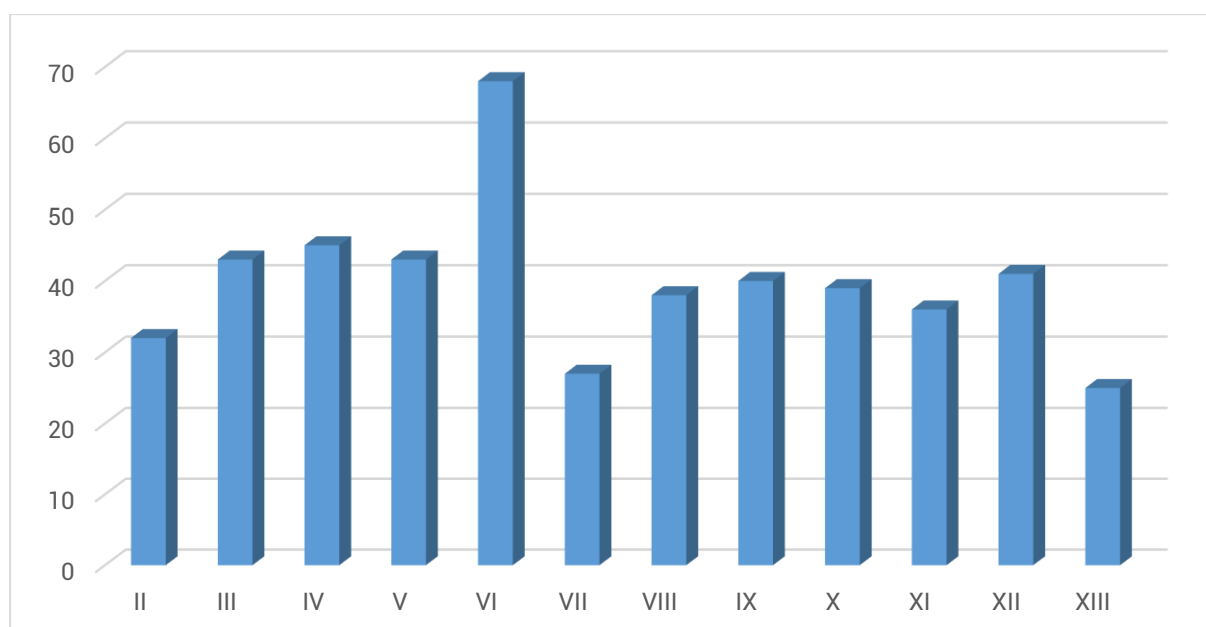


Figura 17. Edades medias en las categorías nosográficas de Kraepelin en el Manicomio de Leganés (1900-1931)¹⁸⁹⁵

Casi la mitad de los incluidos en el grupo de las esquizofrenias (44,8%) y de las oligofrenias (44,1%) así como un tercio de los que se incluyeron en las paranoias (33,1%) permanecieron más de diez años en la institución, confirmándose el carácter asilar de ésta (figura 18). Por otro lado, la mayoría de los pacientes sifilíticos (89,6%), las reacciones psicógenas (78,3%), las psicosis maniaco depresiva (66,2%) o epilepsia (59,6%) estuvieron hospitalizados menos de 3 años, aunque es probable que en estas diferencias en la estancia influyan distintos factores como por ejemplo, en el caso de la patología luética, una mayor mortalidad asociada

¹⁸⁹³ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.211.

¹⁸⁹⁴ *Ibíd*em, p. 212.

¹⁸⁹⁵ No hemos representado los grupos I y XIV debido a que no hay contabilizado ningún caso en estas categorías.

a la enfermedad (85% fallecieron, porcentaje superior al 64% de la población general). Las estancias prolongadas durante años, habitualmente hasta el fallecimiento de los pacientes, como es sabido, eran habituales en las instituciones psiquiátricas habiéndose documentado, al igual que ocurría en Santa Isabel, internamientos de mayor duración para los esquizofrénicos en el Manicomio de Conxo¹⁸⁹⁶.

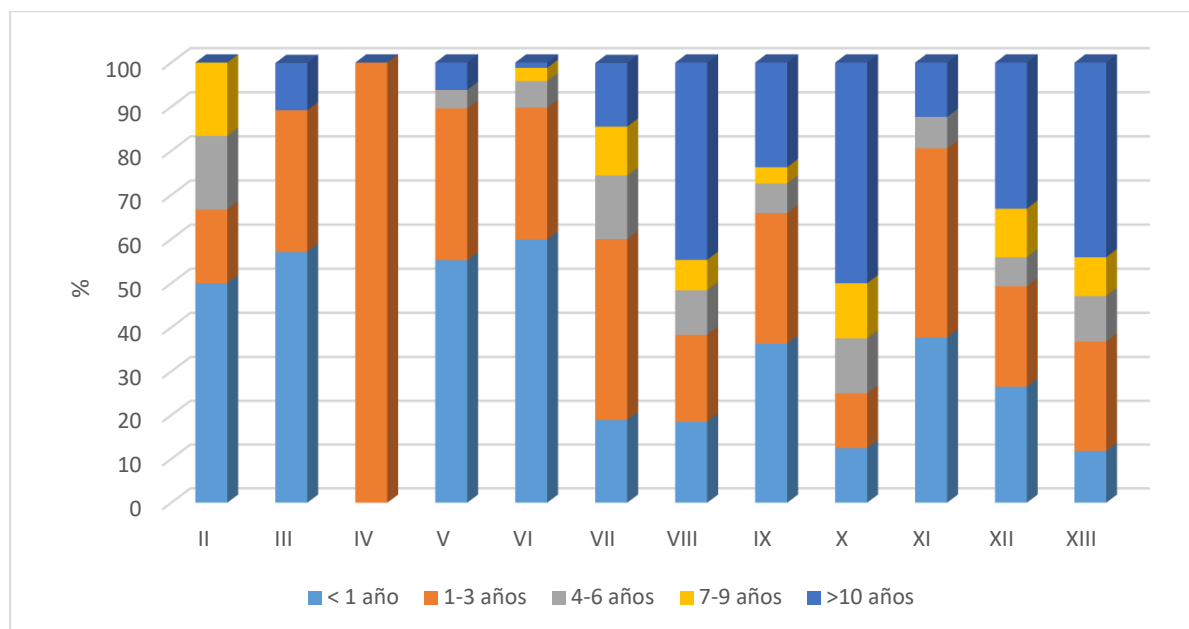


Figura 18. Estancias hospitalarias por categoría nosográfica de Kraepelin en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931) N=1041

Evolución temporal de las categorías nosográficas de Kraepelin

Al estudiar la evolución temporal de las diferentes categorías diagnósticas observamos una distribución fluctuante en la mayoría, con una tendencia al alza de los procesos arterioscleróticos y de regresión (grupo VI), así como a la baja de la epilepsia (grupo VII) y de la sífilis (grupo V), cuestión ya puesta de manifiesto al analizar los diagnósticos literales recogidos en las historias clínicas (figura 19).

¹⁸⁹⁶ Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998), p.21.

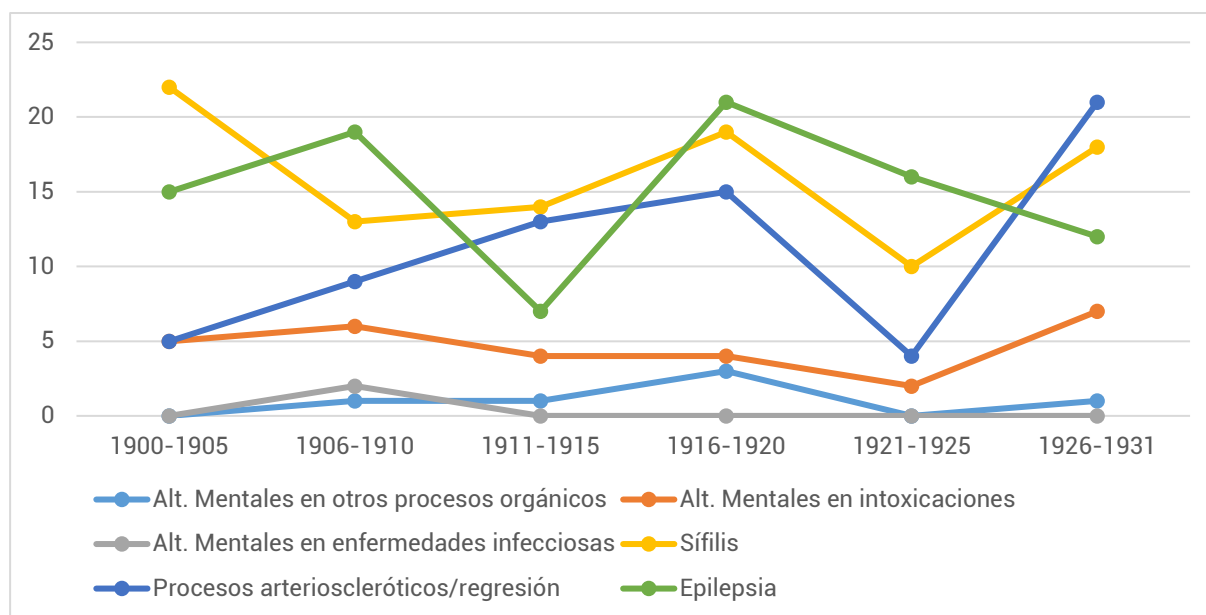


Figura 19. Evolución temporal de los grupos nosográficos de Kraepelin II-VII en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

En la figura 20 se observa como la mayoría de reacciones psicógenas (grupo XI) ingresaron en la primera década del siglo XX (doce casos del total de catorce que componen esta categoría), para desaparecer a partir de 1920, mientras que las oligofrenias (grupo XIII) predominaron en el último decenio de nuestro periodo de estudio (37 ingresos entre 1920 y 1931 de los 68 ingresos que conforman el total de oligofrenias¹⁸⁹⁷). No obstante, sin duda la categoría nosológica que experimentó el mayor aumento a lo largo de todo el periodo de estudio es la esquizofrenia (grupo VIII), pasando de ocupar el 14,6% al 33,5% del total de ingresos nuevos en la institución. En paralelo, se observa una disminución del grupo de las paranoias (del 15,2% al 7,1%), sin duda, relacionado con la inclusión de la mayor parte de estos procesos dentro de la demencia precoz/esquizofrenia de acuerdo a la clasificación Kraepeliniana ¹⁸⁹⁸.

¹⁸⁹⁷ Esta cifra difiere de los 82 pacientes con terminología relacionada con la deficiencia mental, descritos en un apartado anterior debido a que, como se ha señalado, sólo están incluidos los primeros diagnósticos en el análisis de la terminología diagnóstica agrupada en función de la clasificación kraepeliniana.

¹⁸⁹⁸ Álvarez, J. M. y Colina, F. (1997), p.55.

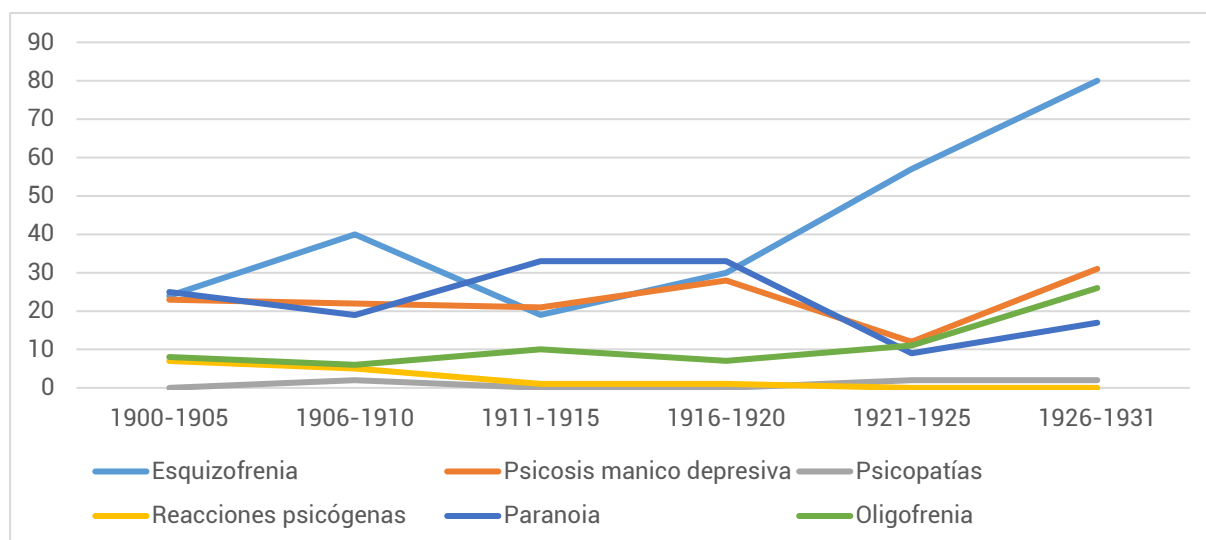


Figura 20. Evolución temporal de los grupos nosográficos de Kraepelin VIII-XIII en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

Comparación de la distribución de los diagnósticos con otros periodos del Manicomio de Leganés

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en estudios sobre épocas posteriores de la institución (tabla 4) vemos como, con algunas diferencias, la distribución general de patologías es bastante similar.

Grupos nosográficos de Kraepelin	1900-1931	1931-1936 ¹⁸⁹⁹	1936-1939 ¹⁹⁰⁰	1939-1952 ¹⁹⁰¹
I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales	0	< 1	1	1
II. Alteraciones mentales en otros procesos orgánicos cerebrales	0,6	< 1	1	1
III. Alteraciones mentales en intoxicaciones	2,7	2	2	2
IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas	0,2	< 1	1	1
V. Sífilis	9,2	7	2	3
VI. Procesos arterioscleróticos y de regresión	6,4	4	9	8
VII. Epilepsia	8,6	6	11	8
VIII. Esquizofrenia	24	59	29	44
IX. Psicosis maniaco depresiva	13,1	5	12	10
X. Psicopatías	0,8	1	0	7
XI. Reacciones psicógenas	1,3	1	8	0
XII. Paranoia	13	5	11	2
XIII. Oligofrenias	6,5	5	8	12
XIV. Casos oscuros	0	1	2	0
Otros (no clasificables)	12,5			
No consta	1,1	3	3	1

Tabla 4. Diagnósticos agrupados según la clasificación de Kraepelin en distintos periodos históricos del Manicomio Nacional de Leganés (%)

En la figura 21 se observa como los diagnósticos incluidos en el grupo de las esquizofrenias son especialmente numerosos en la Segunda República (59%) y en la posguerra (44%), mientras que en las primeras décadas del siglo XX y durante la contienda civil, si bien seguían constituyendo la categoría más preeminente, no llegaron a componer más de un 30% de los ingresos nuevos. También se objetiva como la patología sifilítica fue más frecuente en las primeras décadas del siglo XX, disminuyendo a partir de los años de la guerra. Las psicopatías, prácticamente inexistentes en los primeros decenios, sufren un aumento muy importante a partir de 1939, que Ana Conseglieri ha relacionado con la dirección de Manuel Peraita¹⁹⁰², mientras que la paranoia supuso un 13% del total a principios de siglo,

¹⁸⁹⁹ Periodo correspondiente a la Segunda República española (14 de abril de 1931 a 18 de julio de 1936). Véase: Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a) y Vázquez de la Torre. (2008), p. 84.

¹⁹⁰⁰ Periodo histórico de la Guerra Civil española (18 de julio de 1936-1 abril de 1939). Vázquez de la Torre Espalera. (2012).

¹⁹⁰¹ Periodo correspondiente a la posguerra (1 de abril de 1939 a 31 de diciembre de 1952). Conseglieri Gámez, A. (2013), p.138.

¹⁹⁰² Conseglieri Gámez, A. (2012). Manuel Peraita Peraita: Director Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1944-1950). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 321-329). Madrid: AEN.

disminuyendo hasta el 2% en el franquismo. Así mismo, las oligofrenias, que hasta el final del periodo bélico no superaron el 8% del total, aumentaron en la posguerra hasta el 12%.

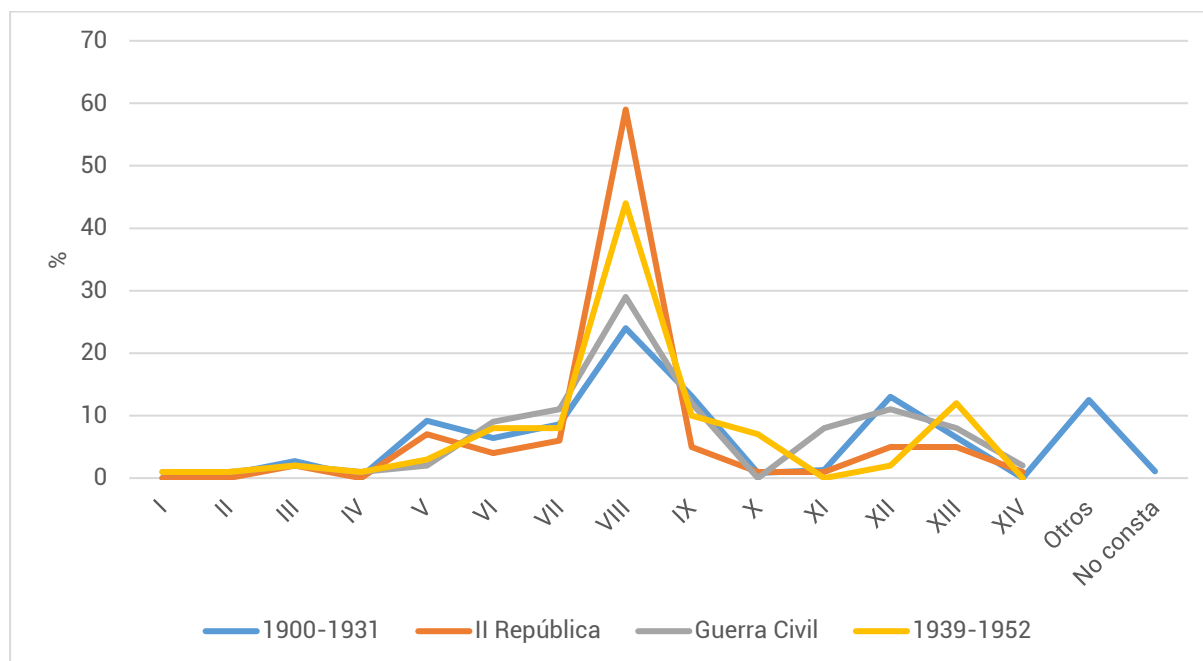


Figura 21. Grupos nosográficos de Kraepelin en el Manicomio Nacional de Leganés en distintos periodos históricos (1900-1952)

Si bien las estadísticas publicadas en otras instituciones están acotadas para periodos diferentes, en la figura 22 mostramos, a modo de comparación, los datos de Leganés contrastados con los del Manicomio de Sant Boi de Llobregat (1885-1939)¹⁹⁰³. Además se ha tomado la estadística de enfermedades mentales publicada por el INE en 1932, en la que se incluyen 24974 pacientes de todo el territorio nacional, contabilizados a partir de las fichas estadísticas enviadas desde los establecimientos psiquiátricos¹⁹⁰⁴.

¹⁹⁰³ Antón Fructuoso, P. (1982), p.109.

¹⁹⁰⁴ Anuario estadístico 1932-1933. Fondo documental del INE. Se puede ver en: <http://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=93911&tns=94043#94043> [consultado el 1 de agosto de 2016].

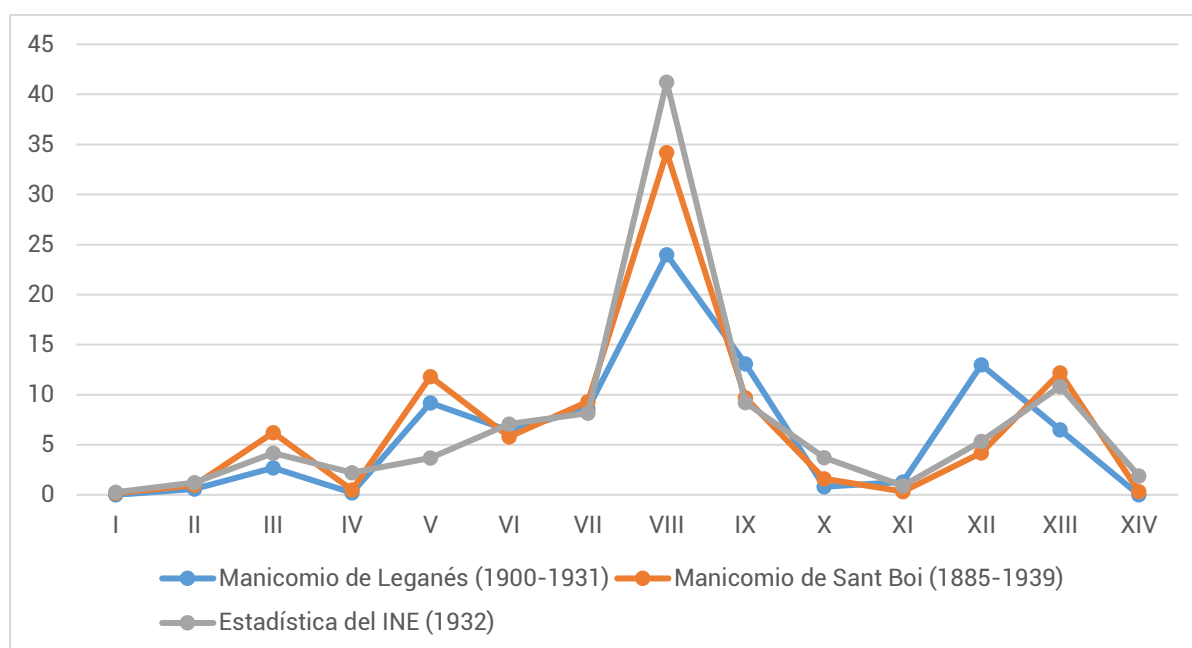


Figura 22. Grupos nosográficos kraepelinianos en el Manicomio de Leganés (1900-1931) comparado con los del Manicomio de Conxo (1885-1939) y la Estadística del INE (1932)

Vemos como, en general, la distribución de frecuencias es similar entre las tres fuentes sólo con ligeras diferencias. Llama la atención la menor presencia de esquizofrenia en el Manicomio de Leganés (24% frente al 34,2% de Sant Boi y el 41,24% del INE), que nosotros atribuimos a que parte de estos pacientes fueran diagnosticados de paranoia, grupo que supone, en Santa Isabel, más del doble que en la institución catalana o en los datos nacionales (13% frente al 4,2% de Sant Boi y el 5,3% del INE). Por otro lado, la sífilis que constituye una parte importante de los ingresos psiquiátricos tanto en el establecimiento madrileño (9,2%) como en el catalán (11,8%) se sitúa en el 3,7% en la población psiquiátrica general del año 1932, sin que hayamos podido conocer el origen de tal diferencia.

En el Manicomio de Córdoba entre los años 1900 y 1940 también predominaron los diagnósticos incluidos en el grupo VIII de Kraepelin, seguidos, a diferencia de Leganés, de la psicosis maniaco depresiva y de la epilepsia. Así mismo, la paranoia, segundo en frecuencia entre los ingresados en Santa Isabel, supuso un grupo bastante minoritario entre los albergados en la institución andaluza¹⁹⁰⁵.

A lo largo de este capítulo hemos visto como en el Manicomio Nacional de Leganés en las primeras décadas del siglo XX se utilizaron conceptos procedentes de la escuela francesa, entre los que predominan los delirios y el degeneracionismo, junto a aquellos descritos por

¹⁹⁰⁵ Ruiz García, C. (2011). El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo 1900-1940. En: O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-235). Madrid: AEN, pp. 232-233.

autores alemanes. El progresivo abandono de la terminología gala que daría paso al predominio de la germana fue un proceso lento y caracterizado por la coexistencia de ambas nosografías durante todo el periodo de estudio. Se observa, por tanto, que el Manicomio no fue ajeno a los cambios nosográficos producidos en Europa en el primer tercio del siglo XX, cuestión que también se produjo en los tratamientos administrados a la población ingresada, variable que se analiza en el próximo capítulo de esta tesis doctoral.

CAPÍTULO VI

LA ESCASEZ DE TRATAMIENTOS EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

INTRODUCCIÓN.....	439
EL AISLAMIENTO CELULAR, LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN Y LA "PERMANENCIA EN CAMA"	444
LA TERAPÉUTICA POR BALNEACIÓN EN SANTA ISABEL	447
LA TERAPÉUTICA POR EL TRABAJO EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS.....	453
EL TRATAMIENTO ELÉCTRICO.....	458
MÉTODOS PIRETOTERAPICOS	460
FARMACOTERAPIA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	468
Los bromuros	468
Tratamiento por metales pesados: mercuriales, arsenicales y yodobismutato de quinina	470
El inicio de los barbitúricos en Leganés	477
Los opioides: entre el "pantopon" y la morfina	480
A MODO DE MISCELÁNEA.....	486
EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LA POBLACIÓN MANICOMIAL.....	491

INTRODUCCIÓN

El arsenal terapéutico de la psiquiatría decimonónica era escaso y, por lo general, poco efectivo en términos de “curación”. A lo largo del siglo XIX, en Europa, las instituciones manicomiales eran consideradas como el principal medio terapéutico, predominando la concepción higiénico-moral del tratamiento de la enfermedad mental, propulsada por figuras como William Tuke (1732-1822), Vincenzo Chiarugi (1759-1820) o Philippe Pinel (1745-1826) y, caracterizada por la “amabilidad” en el trato del paciente y el aislamiento del mismo de su medio social y familiar¹⁹⁰⁶. Entre los remedios físicos que se aplicaban destacan la hidroterapia, las sangrías y medios farmacéuticos tradicionales como los tónicos, purgantes, laxantes, y eméticos¹⁹⁰⁷. Así mismo, las sustancias sedativas como el opio, la morfina, el bromuro de potasio y el hidrato de cloral fueron ampliamente utilizadas para el control de la excitación y de la agresividad y, en palabras de Huertas, sustituir las restricciones físicas por una primera “camisa de fuerza” farmacológica¹⁹⁰⁸.

El primer tercio del siglo XX cambió el panorama terapéutico de las enfermedades mentales y, al surgir nuevos tratamientos, la psiquiatría dispuso de abordajes que gozaron de un amplio reconocimiento social y científico¹⁹⁰⁹. Entre estos destacan los barbitúricos, introducidos en 1904¹⁹¹⁰, y la malarioterapia, propuesta por Julius Wagner Von Jauregg (1857-1940) en 1917, descubrimiento que le distinguió con el Premio Nobel de Medicina en el año 1927¹⁹¹¹. Más allá de nuestro periodo de estudio, en la década de los años treinta, aparecieron las terapias de choque como el choque cardiazólico de Ladislaus Joseph von

¹⁹⁰⁶Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica: para una teoría de práctica psiquiátrica*. Madrid: Frenia, pp. 201-254; Huertas García-Alejo, R. (2008b). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Octaedro, pp. 35-49. Robert Castel ha interpretado el tratamiento moral como un método para introducir al loco en la norma social preestablecida. Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta, pp.95-100.

¹⁹⁰⁷Espinosa Iborra, J. (1966). *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, pp. 15-26; Martínez Pérez, J. Nuevas respuestas a una conducta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 87-130). Madrid: Editorial Panamericana; Mitchell, P. B. y Kirkby, K. C. (2007). Las terapias biológicas antes de la introducción de los modernos psicofármacos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 901-925). Madrid: Editorial Panamericana.

¹⁹⁰⁸Huertas García-Alejo, R. (2004), p.248.

¹⁹⁰⁹Postel, J. y Quézel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 381-385; Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.

¹⁹¹⁰López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha Udabe, R. y Cuenca, E. (2005). Barbitúricos: un siglo en terapéutica. *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 3(1), 49-59, p.49.

¹⁹¹¹Brown, E. M. (2000). Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. *History of Psychiatry*, 11 (4), 371-382; Whitrow, M. (1990). Wagner-Jauregg and Fever Therapy. *Medical History*, 34, 294-310. Su recepción en España ha sido estudiada por Olga Villasante. Véase: Villasante, O. (2003b). La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: Primeras experiencias en España. En: F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 175-188). Madrid: Frenia y Villasante, O. (2004). La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario?. *El Médico*, 919, p. 68 - 76.

Meduna (1896-1964)¹⁹¹², el coma insulínico de Manfred Sakel (1900-1957)¹⁹¹³, ambos introducidos en 1934, o el electrochoque de Ugo Cerletti (1877-1963) y Lucio Bini (1908-1964) en 1938¹⁹¹⁴ y la leucotomía prefrontal de António Egas Moniz (1874-1955) a partir de 1935¹⁹¹⁵. Los avances en el campo de la neurobiología y el conocimiento de la estructura del sistema nervioso, así como la mentalidad positivista propia de la época contribuyeron a la implementación y mejora progresiva de estas técnicas¹⁹¹⁶.

A pesar de que a finales del siglo XIX se comenzó a desarrollar una potente industria química en Centroeuropa¹⁹¹⁷, la mayor parte de los tratamientos farmacológicos que se utilizaban para el abordaje terapéutico de los enfermos mentales, en las primeras décadas del siglo XX, eran propios del siglo anterior e inespecíficos. Consideramos interesante reproducir la primera clasificación conocida de los psicofármacos (tabla 1), atribuida al farmacólogo alemán Louis Lewin (1850-1929), ya que parte de ellos serán abordados en el desarrollo de este capítulo:

Grupo I. <i>Euphorica</i>	Grupo II. <i>Phantastica</i>	Grupo III. <i>Inebriantia</i>	Grupo IV. <i>Hypnotica</i>	Grupo V. <i>Excitantia</i>
Opio y derivados: Morfina Heroína Codina Coca y cocaína	Peyote (<i>Anhalonium Lewini</i>) Cáñamo indio (<i>Cannabis indica</i>) Amanita falsa naranja Solanáceas <i>Banisteria caapi</i>	Alcohol Cloroformo Benzemo Éter	Cloral Veronal Paraldehído Sulfonal Bromuro de potasio Kawa-kawa	Alcanfor Betel Café y té Cola Cacao Tabaco

Tabla 1. Primera clasificación conocida de los fármacos psicótrópos (Lewin, 1928)¹⁹¹⁸

Conviene señalar que en España, según algunos autores¹⁹¹⁹, en el período de entre siglos, se produjo un cambio en el discurso sobre las posibilidades de cura, ya que, por una parte, se apreciaba un mayor pesimismo en la eficacia del tratamiento moral, mientras que, por otra,

¹⁹¹² Fink, M. (1984). Meduna and the origins of convulsive therapy. *American Journal Psychiatry*, 141, 1034-1041.

¹⁹¹³ James, F. E. (1992). Insulin treatment in psychiatry. *History of psychiatry*, 3, 221-235.

¹⁹¹⁴ Berrios, G. E. (1996). Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history. En H. Freeman y G. E. Berrios (eds.). *150 Years of British Psychiatry, Vol. 2* (pp. 3-15). Cambridge: London and Atlantic Highlands; Berrios, G. E. (1997a). The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 8, 105-120.

¹⁹¹⁵ Moniz también fue distinguido con el premio Nobel de Medicina en el año 1942. Berrios, G. E. (1997b). The origins of psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz. *History of psychiatry*, 8, pp. 61-81. Sobre el autor también se puede consultar: Lobo Antunes, J. (2010). *Egas Moniz- Uma Biografia*. Portugal: Gradita.

¹⁹¹⁶ López-Muñoz, F., Álamo González, C. y Cuenca Fernández, E. (2012). Historia de la psicofarmacología (pp.1748-1774). En J. Vallejo Ruiloba y C. Leal Cercós (dirs.). *Tratado de psiquiatría. Volumen 2*. Madrid: Marbán.

¹⁹¹⁷ Edward Shorter sitúa el inicio de la psicofarmacología en la Alemania finisecular debido, en gran parte, a esta industria. Shorter, E. (1997), p. 196-200. De hecho, se ha otorgado a Emil Kraepelin el privilegio de haber fundado el primer laboratorio germano de psicofarmacología clínica. Healy, D. (1993). 100 Years of psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 7(2), pp. 207 – 214. Para España véase: Riera, J. (2010). La industria farmacéutica en la España contemporánea. *Llull*, 33(2), 407-409.

¹⁹¹⁸ Tomada de: López-Muñoz, F., Álamo González, C. y Cuenca Fernández, E. (2012), p.1756.

¹⁹¹⁹ Plumed Domingo, J. J. y Rojo Moreno, L. M. (2016). El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(4), 985–1002. El tema está también ampliamente desarrollado en Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid: Frenia.

los psiquiatras orientados a la práctica privada sólo podían defender la utilidad de sus métodos. Existen estudios que han analizado tanto la introducción de la terapéutica psiquiátrica en la producción científica española de finales del siglo XIX y principios del XX¹⁹²⁰, como la aplicación de tratamientos en instituciones psiquiátricas españolas como Ciempozuelos¹⁹²¹, Valencia¹⁹²², Valladolid¹⁹²³, Navarra¹⁹²⁴. En general éstos aportan una visión general, sin embargo si encontramos abordajes más específicos de la utilización de los fármacos en el Manicomio de Leganés o las tesis doctorales de Paloma Vázquez de la Torre y de Ana Conseglieri que se ocupan, en detalle, de marcos temporales concretos como la guerra civil o la autarquía franquista, respectivamente¹⁹²⁵.

El objetivo de este capítulo es analizar la aplicación de medidas terapéuticas entre los internados en el Manicomio de Leganés en las primeras décadas del siglo XX, extrayendo la información fundamentalmente de dos fuentes. Por un lado, del contenido de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en este periodo y por otro, de unas cuartillas, archivadas sin clasificar junto a documentación de carácter administrativo, en las que se anotó la aplicación de tratamientos a un total de cinco pacientes. Los resultados obtenidos tienen algunas limitaciones debido a que los datos, en su gran mayoría, proceden de los registros evolutivos de los expedientes clínicos ya que, no se han hallado plantillas específicas de tratamientos en nuestro periodo de estudio. Esto supone un sesgo a la hora de establecer conclusiones sobre la aplicación de medidas terapéuticas en Santa Isabel puesto que, como hemos apuntado, los registros evolutivos fueron muy escasos. Por otro lado, solo hemos consultado las historias clínicas de los pacientes nuevos ingresados entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931, por lo que desconocemos si otros pacientes

¹⁹²⁰ Véase Jordá Moscardó, E. y Rey González, A. (2001). La introducción de la terapéutica psiquiátrica en la España del siglo XX (1901-1975). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda. (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp. 125-132). Ourense: Rodi Artes Gráficas.

¹⁹²¹ López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1991). *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989. "Un siglo de psiquiatría en España"*. Madrid: Fareso, pp. 178-182.

¹⁹²² Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia.

¹⁹²³ García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, pp. 235-334.

¹⁹²⁴ Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de salud.

¹⁹²⁵ Crespillo Calleja, J. M. (1986). *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés, durante su primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid; Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

ingresados durante el siglo XIX, y que permanecían en la institución en las primeras décadas, recibieron tratamiento.

En el Manicomio de Leganés, en las tres primeras décadas del siglo XX, se registró la administración de alguna medida terapéutica a 112 pacientes, dos de los cuales se les trató de nuevo en un segundo ingreso, lo que conforma un total de 114 casos (10,4%). En 109, las medidas terapéuticas fueron anotadas en los expedientes clínicos mientras que en cinco, se realizaron unas hojas diferenciadas para anotar la evolución del mismo, no archivadas en los historiales y que desconocemos a qué pacientes correspondían. En algunas historias se registraron varias opciones terapéuticas aplicadas a un mismo enfermo, de manera que, el número de veces que se empleó algún tipo de medida terapéutica asciende a 182 (tabla 2). La mayoría de las veces nos referiremos al número de tratamientos aplicados (182), salvo al estudiar, en el último apartado de este capítulo, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que fueron tratados; en este caso hemos manejado una muestra de 109 personas¹⁹²⁶, población a la que se administró algún tipo de medida terapéutica.

¹⁹²⁶ Esta cifra resulta, como hemos apuntado, de la diferencia entre el total de ingresos a los que se aplicó alguna medida terapéutica (114) y los cinco pacientes cuyos tratamientos fueron registrados en las mencionadas cuartillas que se archivaron sin clasificar (tres mujeres y dos varones), ya que no disponemos de más datos sociodemográficos o clínico terapéuticos sobre éstos.

Tratamientos	Frecuencia	%
Hidroterapia	34	18,9
Trabajos en el Manicomio	15	8,3
Piretoterapia	15	8,3
Bromuros	14	7,8
Permanencia en cama	11	6,1
Calmantes/Sedantes/Cloral/Hioscina/Sacersan	10	5,5
Opiáceos	10	5,5
Barbitúricos	9	5
Aislamiento	7	3,9
Somnifeno/Hipnóticos/Trional	7	3,9
Tratamiento eléctrico	4	2,2
Arsenicales	8	4,4
Sales de Bismutos	3	1,7
Mercuriales	2	1,1
Medidas higiénico-morales	2	1,1
Medidas de sujeción	2	1,1
Otros	13	7,2
Tratamiento no especificado	14	7,8

Tabla 2. Relación de medidas terapéuticas administradas en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

Nuestros datos son inferiores a los aportados por Crespillo Calleja para el mismo periodo temporal, ya que éste señala que en el 17% de las historias clínicas de los ingresados, entre 1851 y 1899, y el 21% de aquellos internados, entre 1900 y 1951, figura algún tipo de tratamiento¹⁹²⁷. Esta discordancia nos llevó a una revisión exhaustiva de las historias clínicas citadas por este farmacólogo, observando que algunos de estos tratamientos habían sido administrados antes del ingreso, bien en otras instituciones psiquiátricas o por médicos que habían valorado previamente a los pacientes y, en otras ocasiones, las medidas terapéuticas se aplicaron en años posteriores a nuestro periodo de estudio, a pesar de que los pacientes hubieran ingresado entre 1900 y 1931.

Aun valorando la posibilidad de que exista un sesgo de información en nuestro análisis, es importante señalar que la falta de registro de tratamientos farmacológicos en el Manicomio de Leganés fue una constante desde su fundación y, se ha puesto de manifiesto tanto para épocas previas como posteriores a nuestro periodo de estudio¹⁹²⁸.

¹⁹²⁷ Crespillo Calleja, J. M. (1986), p. 617.

¹⁹²⁸ Mollejo Aparicio (2011), p. 366; Mollejo, E., Del Cura, M y Huertas, R. (2004). La práctica clínica en el Manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En J. Martínez Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás Tilve y M. Del Cura González (coords.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Murcia: Universidad de Castilla la

EL AISLAMIENTO CELULAR, LAS MEDIDAS DE SUJECCIÓN Y LA “PERMANENCIA EN CAMA”

En el Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX se prescribió el aislamiento, al menos, en siete pacientes diagnosticados de “manía, demencia precoz”¹⁹²⁹, “delirios de persecuciones, paranoica”¹⁹³⁰, melancolía¹⁹³¹, demencia precoz¹⁹³², demencia paranoide¹⁹³³ y parálisis general progresiva¹⁹³⁴. Esta medida, documentada desde el siglo XIX en instituciones como el *St. Louis City Insane Asylum* en Estados Unidos¹⁹³⁵, se empleó en Leganés para calmar la excitación o agresividad de los pacientes. Tal es el caso de R. diagnosticada de manía y demencia precoz en cuyo registro de entrada Ignacio del Mazo anotó, en enero de 1907: *“ingresa con gran excitación a consecuencia de delirios de persecución de forma agresiva, hay que recluirla en habitación separada”*¹⁹³⁶ o el de F., diagnosticado de demencia paranoide que, al terminar su periodo de observación en febrero de 1928, Aurelio Mendiguchía describía:

*“Al terminar su periodo de observación consideramos a este enfermo como muy peligroso por las alucinaciones auditivas que padece que le hacen reaccionar rápidamente y de manera violenta contra los que se encuentran a su lado. Dos enfermeros han sufrido los impulsos de este enfermo, perdiendo uno de ellos parte de una ropa por un mordisco que sufrió el otro golpeado en otra (...). Se le somete a una separación completa de los demás enfermos”*¹⁹³⁷.

No hay que olvidar que, tal y como señalábamos en el primer capítulo de este trabajo, entre las funciones de los facultativos del Manicomio estaba la de ordenar a los alienados en sus departamentos respectivos, decidir cuestiones relativas a las visitas de los enfermos y designar aquellos que necesitaban ser vigilados en “completa censura”¹⁹³⁸.

Mancha, p. 160; Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.). *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 329-345). Madrid: CSIC, p. 341; Conseglieri, A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. *Frenia*, 8, 131- 160, p. 135; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p. 239; Crespillo Calleja, J. M. (1986), p.5.

¹⁹²⁹ Historia clínica XX-194. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³⁰ Historia clínica XX-246. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³¹ Historia clínica XX-962. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³² Historias clínicas XX-140 y XX-447. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³³ Historia clínica XX-865. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³⁴ Historia clínica XX-992. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³⁵ Esther, R. J. (1997). Use of the physical restraints in a nineteenth century state hospital. *History of Psychiatry*, 8, 83 – 93.

¹⁹³⁶ Historia clínica XX-194. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³⁷ Historia clínica XX-865. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³⁸ Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (15 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450. Artículos 11 a 18. En adelante se citará como Reglamento orgánico de 1885.

Esta controvertida medida, que constituyó una práctica habitual en las instituciones psiquiátricas del siglo XIX¹⁹³⁹, también fue considerada como alternativa terapéutica en la psiquiatría de las primeras décadas del siglo XX. Salas y Vaca, en 1929, denunciaba la dificultad existente para una correcta clasificación técnica de los dementes en el Manicomio afirmando que el *“aislamiento de los agitados impulsivos, peligrosos, epilépticos y perseguidos es a lo máximo que se puede llegar, dejando en convivencia los tranquilos dementes estáticos y tórpidos”*¹⁹⁴⁰. Este director facultativo consideraba que el aislamiento de los *“abandonados sucios, los psicasténicos y los delirantes”* era necesario, si bien aludía a la escasa frecuencia de esta medida terapéutica en Santa Isabel donde, a su juicio, *“por fortuna reina un orden envidiable”*¹⁹⁴¹. Por el contrario, Joaquín Gimeno Riera, Jefe Facultativo de la sección de hombres del Manicomio Provincial de Zaragoza, defendía, en 1911, la proscripción de esta medida pues en su opinión no era *“científico, ni (...) humano el abandonar a tales enfermos a sí mismos durante meses y años, entre los cuatro muros de una celda”*¹⁹⁴².

El aislamiento, regulado en el Reglamento orgánico del Manicomio bajo la denominación de *“clausura celular”*¹⁹⁴³, en general conseguía una remisión del estado de excitación en los internos de Santa Isabel, si bien en dos de ellos, fue necesario asociar la hidroterapia y el opio, tratamientos cuyo estudio abordaremos posteriormente. No puede descartarse que el aislamiento celular, parte indispensable del tratamiento moral pineliano, en Leganés fuera usado también como método coercitivo¹⁹⁴⁴. En este sentido, es conveniente señalar que entre las historias de los pacientes ingresados en el primer tercio del siglo XX tan sólo se ha registrado alusión a la prescripción de tratamiento moral o higiénico dietético en dos ocasiones. El primero fue un varón, ingresado en 1901 por *“anemia cerebral con delirios y alucinaciones”*, sometido a un *“régimen higiénico moral”* con el que mejoró¹⁹⁴⁵. La segunda se trataba de una mujer, institucionalizada en 1903 por padecer *“histerismo y alucinaciones”* con falta de apetito y dolores de cabeza *“de los que se queja exageradamente”*, en cuya historia refieren que evolucionó favorablemente tras *“la separación de su familia y el régimen alimenticio”*¹⁹⁴⁶.

¹⁹³⁹ Huertas, R. (2004), p.240.

¹⁹⁴⁰ Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas, p.26

¹⁹⁴¹ *Ibíd*em, p. 26.

¹⁹⁴² Gimeno Riera, J. (1911). *La Locura. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades mentales*. Zaragoza: Imprenta y Encuadernación Clínica y Laboratorio.

¹⁹⁴³ Reglamento orgánico de 1885. Artículo 92.

¹⁹⁴⁴ Huertas García-Alejo, R. (2008b), pp.35-49.

¹⁹⁴⁵ Historia clínica XX-33. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁴⁶ Historia clínica XX-76. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Además de la “clausura celular”, el reglamento de Leganés contemplaba los “medios de contención” al reglamentar acerca del departamento de furiosos y las normas que los médicos podían establecer para su cuidado¹⁹⁴⁷. Son muy escasas las alusiones a las medidas restrictivas en la institución, pero podemos encontrar algunas referencias a finales del XIX, como aquella realizada, en 1882, por E. C. Seguí tras una visita al establecimiento, señalando haber encontrado tan sólo un paciente en restricción o sujeción¹⁹⁴⁸. Asimismo, en 1889, Ángel Pulido hacía referencia a la falta de represiones violentas en la casa¹⁹⁴⁹, y ya en el siglo XX, Salas y Vaca señalaba que los medios represivos se encontraban proscritos en Santa Isabel. El neuropsiquiatra afirmaba que *“la sujeción humana se utiliza en contadísimos casos y solo cuando es de <imprescindible necesidad> siempre que la hidroterapia y los medios farmacéuticos no fueran eficaces”*¹⁹⁵⁰. Pocos años más tarde, volvía a incidir en la adecuada atención que se les daba a los asilados en la institución, los cuales vivían, en su opinión, *“sometidos a un régimen de libertad, paseos, alimentación sana, cuidados esmerados y un bienestar incompatible con toda leyenda de castigos y torturas”*¹⁹⁵¹.

En las historias clínicas, hemos registrado el uso de medidas de sujeción física en dos pacientes. La primera de ellas se trataba de una mujer que ingresó en septiembre de 1910, a los 63 años de edad, diagnosticada de demencia senil. Un año después de su llegada a la institución, Ignacio del Mazo anotaba: *“se confirma su estado alucinatorio mostrándose agresiva si se le contraria con las personas puestas a su cuidado, habiendo que emplear los medios necesarios de sujeción”*¹⁹⁵². La segunda paciente sobre la que se aplicaron medidas de contención física también era una mujer, de 31 años, que ingresó en el Manicomio el 29 de marzo de 1918 por un “síndrome delirante polimorfo sobre un fondo demencial” en cuya historia clínica se anotó dos días después: *“al día siguiente de su ingreso rompió cristales de su habitación se hirió en las manos y hubo necesidad de emplear medios de sujeción”*¹⁹⁵³. Es llamativo que, a pesar de la relación entre el sexo masculino y las conductas violentas, las medidas de sujeción hayan sido detectadas en dos historias clínicas de mujeres. No

¹⁹⁴⁷ Reglamento de 1873. Artículo 25. En *Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios perteneciente a la Beneficencia General. (1873)*. Madrid: Imprenta Nacional y Reglamento de 1885; Reglamento orgánico de 1885. Artículo 92.

¹⁹⁴⁸ Seguí, E. C. (1884). *Apuntes sobre Manicomios españoles. Actas del primer certámen frenopático español* (pp. 429-465). Barcelona: Establecimiento tipográfico La Academia de E. Ullastres. p. 431.

¹⁹⁴⁹ Pulido, Á. (1889). Los Manicomios de España. El de Santa Isabel de Leganés. *Siglo Médico*, 36, 101-102, p.102. Estas referencias también llegaron desde el extranjero. Donald Fraser, en 1879, relataba haber encontrado a cuatro o cinco varones en reclusión durante su visita al Manicomio. Fraser, D. (1879). Spanish Asylums. *Journal of Mental Science*, 25(111), 347 – 358, p.351.

¹⁹⁵⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.26.

¹⁹⁵¹ Salas y Vaca, J. (1924a). *Frenocomios Españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos, p.6.

¹⁹⁵² Historia clínica XX-296. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵³ Historia clínica XX-542. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

obstante, es probable que se utilizaran más medidas restrictivas que las señaladas ya que, una de las críticas en las instituciones asilares era el abuso de dichas medidas, utilizadas al margen del médico.

Además del aislamiento y la sujeción física, en los expedientes clínicos se recoge el empleo de la “permanencia en cama” en once pacientes, entre los que se registran diagnósticos tan variados como “lipemanía con delirios de persecución”¹⁹⁵⁴, demencia senil¹⁹⁵⁵, “anemia cerebral con alucinaciones de los sentidos”¹⁹⁵⁶, parálisis general progresiva¹⁹⁵⁷, “síndrome compulsivo de carácter epiléptico”¹⁹⁵⁸, psicosis maniaco depresiva¹⁹⁵⁹, manía aguda¹⁹⁶⁰ o confusión mental¹⁹⁶¹. La clinoterapia, que ya había sido sugerida como medida terapéutica a mediados del siglo XIX por autores como Joseph Guislain que la indicó, en 1852, para pacientes melancólicos o Jean-Pierre Falret, en 1864, para aquellos procesos maniacos agudos febriles y estados melancólicos caracterizados por postración física y psíquica¹⁹⁶², era considerada por éste último como una forma de aplicación del *non restraint*¹⁹⁶³.

LA TERAPÉUTICA POR BALNEACIÓN EN SANTA ISABEL

La hidroterapia¹⁹⁶⁴, un recurso terapéutico común en las instituciones psiquiátricas ya desde el siglo XVIII¹⁹⁶⁵, fue considerada desde sus inicios como una forma de tratamiento efectivo

¹⁹⁵⁴ Historia clínica XX-49. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵⁵ Historia clínica XX-383. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵⁶ Historia clínica XX-72. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵⁷ Historia clínica XX-318. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵⁸ Historia clínica XX-136. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁵⁹ Historia clínica XX-530. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁶⁰ Historia clínica XX-808. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁶¹ Historia clínica XX-920. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁶² Huertas, R. (2004), p.240.

¹⁹⁶³ En la primera mitad del siglo XIX, en Inglaterra, una serie de médicos como William Tuke (1732-1822), John Haslam (1764-1844), Edward Parker Charlesworth (1794-1853), Robert Gardiner Hill (1811-1878) y John Conolly (1794-1866) postularon el principio de *non-restraint*, es decir, la abolición de los instrumentos materiales de coerción. Así, E. Charlesworth (1794-1853), médico consultor en el Lincoln Asylum propuso, en 1820, atacar los métodos coercitivos hasta entonces vigentes en su trabajo *Remarks on the treatment of the Insane and the Management of Lunatic Asylums* y, John Conolly (1794-1866) lo aplicó desde su llegada, en 1839, al asilo de Middlesex en Hanwell. Este autor expuso sus principios para el tratamiento de los enfermos mentales en *The Construcction and Government of Lunatics Asylums and Hospitals of the Insane* y *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint*. La reivindicación gozó de una gran repercusión y promovió en los hospitales europeos una campaña por el *non restraint* y una modificación en la manera de tratar a los locos que, a juicio de Michel Foucault, no constituyó una iniciativa “demasiado seria”. Véase: Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, p. 128 y Huertas, R. (2004), pp.234-241. Las obras de Conolly se pueden consultar en: Conolly, J. (1847). *The Construcction and Government of Lunatics Asylums and Hospitals of the Insane*. London: John Churchirl, Princess Street, Soho y Conolly, J. (1856). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint*. London: Smith Elder & Co.

¹⁹⁶⁴ El agua, bajo la forma de lavados o baños, ha sido uno de los tratamientos más antiguos aplicados a diversas enfermedades y, especialmente a las de carácter nervioso. Véase: Montiel, L. y Puente, B. (2007). La medicina de la mente en el periodo moderno. En: F. López-Muñoz y C. Álamo. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.63-85). Madrid: Editorial Panamericana; Ceballos, M. A. (2006). Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín de La Sociedad Española de Hidrología Médica*, 21(1), 22 – 27.

¹⁹⁶⁵ Espinosa Iborra, J. (1966), p.23.

contra los desarreglos mentales¹⁹⁶⁶. Especialmente, a partir de la publicación del *Traité* de Pinel¹⁹⁶⁷ y que otros frenópatas, como Brière de Boismont, Jean-Pierre Falret (1794-1870), Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) o François Leuret (1797-1851), publicaran los beneficios de esta alternativa terapéutica. Leuret, que en su *Du traitement de la folie* dedicó numerosas páginas a las propiedades y modo de empleo de las duchas¹⁹⁶⁸, además de considerarlo un medio de tratamiento moral, lo utilizó, según sostiene Huertas¹⁹⁶⁹, como un mecanismo intimidatorio de carácter coercitivo.

En España, Juan Giné y Partagás (1836-1903), director del Manicomio de Nueva Belén y una de las figuras más importantes en el desarrollo del alienismo español decimonónico¹⁹⁷⁰, recomendaba los baños para las afecciones melancólicas describiendo los principales métodos de aplicación que agrupaba en: baños tibios ordinarios, baños tibios prolongados, baños fríos y baños sinaptizados¹⁹⁷¹. La medicación hidropática estaba reconocida entre los alienistas españoles y se practicaba con frecuencia en los establecimientos psiquiátricos. Antonio Pujadas Mayans (1811-1881)¹⁹⁷², fundador del Manicomio de Sant Boi de Llobregat, publicó un trabajo que hacía referencia a las aplicaciones de los baños que se hacían tanto en varios países europeos -Italia, Bélgica, Inglaterra y Holanda-, como en Nueva Belén¹⁹⁷³. A pesar de esto, la hidroterapia no era aceptada de forma universal entre los frenópatas españoles y, Juan Barcia Caballero (1852-1926), una de las figuras más relevantes de la medicina y psiquiatría gallega del cambio de siglo¹⁹⁷⁴, la consideró un “arma de dos filos”, criticando, a principios del siglo XX, su administración de forma indiscriminada¹⁹⁷⁵. No hay que olvidar que en nuestro país, durante el reinado de Fernando VII, por el Real Decreto del

¹⁹⁶⁶ El alienista francés Joseph Guislain (1797-1860), considerado como paradigma de las actitudes terapéuticas del alienismo de gran parte del siglo XIX, incluyó los baños como forma de tratamiento de las “*enagenaciones mentales con predominio de carácter maniaco*” en sus *Leçons orales sur les phrénopathies*, publicado en 1852. Tomado de Huertas, R. (2004), p.215.

¹⁹⁶⁷ Pinel, P. (1988). [1804]. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Madrid: Ediciones Nieva.

¹⁹⁶⁸ Leuret, F. (1840). *Du traitement moral de la folie*. Paris: Baillière. Tomado de: Huertas, R. (2004), pp. 212-215.

¹⁹⁶⁹ Huertas García-Alejo, R. (2008b), pp. 41-46; Huertas, R. (2004), pp.210-218 y Huertas, R. (2001d). François Leuret: Terapia e intimidación moral. En Leuret, François. *El tratamiento moral de la locura* (pp. 7-13). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

¹⁹⁷⁰ Rey González, A (1982). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Juan Giné y Partagás. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4, 99-110.

¹⁹⁷¹ Giné y Partagás, J. (1876). *Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología*. Madrid: Moya y Plaza. Libreros editores, pp.282-287.

¹⁹⁷² Sobre el autor véase: Rey González, A. (1984). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Antonio Pujadas Mayans. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4 (9), 73-91.

¹⁹⁷³ El trabajo de Pujadas es citado en Rey González, A. (1984), sin embargo se desconoce la fecha de edición: Pujadas Mayans, A. (sin fecha). Memoria en la que se estudia en qué casos y bajo qué condiciones son útiles los baños de vapor en el tratamiento de las enfermedades. *Anales de la Real Academia de Medicina y cirugía de Barcelona*.

¹⁹⁷⁴ Se puede consultar: Barcia Salorio, D. (2001). El Dr. J. Barcia Caballero (1852-1926). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda. (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.305-323). Ourense: Rodí. Artes Gráficas.

¹⁹⁷⁵ Barcia Caballero, J. (1902). *El Estupor Melancólico*. Santiago: Imp. y Lit. de José M. Paredes, p.21. Tomado de Villasante, O. (2001). El estupor melancólico bajo los presupuestos orgánicos de Juan Barcia Caballero (1852-1926). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda. (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp. 277-289). Ourense: Rodí. Artes Gráficas, p. 285.

29 de junio 1816 se había creado el Cuerpo de Médicos-Directores de Baños para atender a los balnearios que se consideraban “más acreditados”¹⁹⁷⁶. Estas instituciones terapéuticas existían en España desde el siglo XVII, si bien su proliferación se produjo a lo largo del XIX cuando, en palabras de Rodríguez Sánchez¹⁹⁷⁷, se dieron las condiciones óptimas para que la ciencia hidrológica y la empresa coincidieran en su interés de explotar estos centros como remedios curativos de múltiples patologías, tanto físicas como mentales. Así, a medida que avanzaba el siglo, los balnearios españoles aumentaron su número considerablemente y, se tornaron cada vez más concurridos, principalmente por pacientes procedentes de la burguesía, alcanzando cifras de hasta cien mil agüistas en 1883, que aumentaron hasta 150000 una década más tarde¹⁹⁷⁸. De manera que, para finales del siglo XIX, la hidroterapia constituía una disciplina con bases fisiológicas bien establecidas y un cuerpo de conocimientos sólido¹⁹⁷⁹ y, se asumía que el agua utilizada por periodos prolongados podía modificar el temperamento, la composición de la sangre, la absorción y la digestión¹⁹⁸⁰. Esta medida terapéutica se indicaba en diversos cuadros psiquiátricos como la histeria¹⁹⁸¹, procesos de manía agitados¹⁹⁸² o la melancolía¹⁹⁸³.

En el Manicomio Nacional de Leganés, se utilizó la hidroterapia como alternativa terapéutica desde su fundación, según refiere Crespillo Calleja¹⁹⁸⁴. Se han encontrado referencias a la existencia de una sala de hidroterapia que presentó deficiencias arquitectónicas desde los inicios, por lo que, en 1880 se proyectó, entre otras reformas, la reparación del balneario de mujeres, mejora que no se llegó a realizar¹⁹⁸⁵. Ya hemos comentado que la institución

¹⁹⁷⁶ Real decreto resolviendo que en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria (4 de julio de 1816). *Gaceta de Madrid*, 83, pp.701- 702. Se puede consultar: García-Talavera J. R. (1971). Historia del Cuerpo de Médicos de Baños. Siglo XIX. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 213-282.

¹⁹⁷⁷ Rodríguez Sánchez, J. A. (2007). Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia. *Anales de Hidrología Médica*, 2, 9-26 y Rodríguez Sánchez, J. A. (1995). Una alternativa restringida: la introducción de la hidropatía en España. En E. Arquiola y J. Martínez (coords.). *Ciencia en expansión: estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (siglos XVIII-XX)* (pp. 321-349). Madrid: UCM.

¹⁹⁷⁸ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquía, C. (2013). Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 375-386). Madrid : AEN, p.377.

¹⁹⁷⁹ Maraver Eyzaguirre, F. (2007). L'hydrologie médicale dans L'Espagne de “La Restauración” : 1874-1902. *Presse Thermale et Climatique*, 144, p.151-163 ; Ramos de Viesca, B. (2000). La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. *Salud Mental*, 23(5), 41-46, p.41; Foster, G. H (1899). Hydric treatment of the insane. *American Journal of Insanity*, 55, p. 639-665 y Jackson, J. A. (1915). Hydrotherapy in the treatment of mental diseases: its forms, indications, contraindications and untoward effects. *JAMA*, 64, 1651.

¹⁹⁸⁰ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquía, C. (2013), p.376.

¹⁹⁸¹ Muñoz, S. El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.131-177). Madrid: Editorial Panamericana.

¹⁹⁸² Mitchell, P. B. y Kirkby, K. C. (2007).

¹⁹⁸³ Villasante, O. (2001).

¹⁹⁸⁴ Crespillo Calleja, J. (1986), pp. 427-428.

¹⁹⁸⁵ Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial, pp. 153-154.

presentó significativos problemas de abastecimiento de aguas, a lo largo del siglo XIX y primera década del XX y, sin duda, esta deficiencia debió afectar a la aplicación de hidroterapia a los pacientes. De hecho, Tomás Aranguren, arquitecto al que se le encargó el proyecto de ampliación del Manicomio en 1871, advertía que, si la escasez de agua continuaba, no sería posible dar baños a los enfermos¹⁹⁸⁶. Habría que esperar a la década de los años veinte del siguiente siglo, con las reformas promulgadas por José Salas y Vaca¹⁹⁸⁷, para que se reconstruyera el balneario y se dotara al gabinete hidroterápico de “todos los adelantos”¹⁹⁸⁸. No hay que olvidar que, el director de Leganés, perteneció al Cuerpo de Médicos de Baños desde 1905¹⁹⁸⁹ y, en 1933, fue designado como Delegado de la Inspección Provincial de Sanidad en el Balneario de Tolox (Málaga)¹⁹⁹⁰. Así mismo, Enrique Fernández Sanz, que sucedió a Salas al frente de la institución, fue Médico-Director habilitado de Aguas Minerales desde 1904¹⁹⁹¹. La consideración de la hidroterapia como un recurso terapéutico necesario en los establecimientos psiquiátricos no era nueva sino que se remontaba al siglo XIX¹⁹⁹² y se mantuvo durante décadas¹⁹⁹³.

En la Casa de Santa Isabel, la medicación hidrópica fue la que se aplicó con más frecuencia en el primer tercio del siglo XX, habiendo contabilizado su uso en 35 ocasiones, lo que corresponde a un 19,2% del total de aplicaciones terapéuticas registradas. Entre los pacientes que fueron tratados con balneación se registran diagnósticos muy diversos como tres casos de psicosis maniaco depresiva, dos de locura maniaco depresiva, dos de manía, dos de demencia precoz hebefrénica, esquizofrenia, parafrenia, “delirio agitado, confusión mental alucinatoria”, “delirio histérico con ninfomanía periódica”, “delirio de carácter hipocondríaco”, psicosis alcohólica, psicosis sistematizada, “síndrome paratímico”, parálisis general progresiva, morfinomanía o confusión mental. Según las notas clínicas, en todos los internos el tratamiento se aplicó en tan sólo una ocasión, excepto a M., una mujer ingresada

¹⁹⁸⁶ *Ibidem*, p.93

¹⁹⁸⁷ El Jefe Facultativo de Leganés otorgaba a la hidroterapia un papel fundamental en el tratamiento de los enfermos mentales y, señalaba la necesidad de que los Manicomios estuvieran dotados de una “sección de balneario, para tratamiento hidroterápico complejo y bañeras en número suficiente en cada departamento, dispuestas para el tratamiento por medio de la permanencia en cama y baños prolongados”. Salas y Vaca, J. (1924a), p.20.

¹⁹⁸⁸ Salas y Vaca, J. (1929), p.22; *El Herald de Madrid*. (10 de febrero de 1928), p.8.

¹⁹⁸⁹ *El Siglo futuro*. (21 de julio de 1905), número 9.161, p.4 y *La Nación*. (9 de diciembre de 1929), p.2.

¹⁹⁹⁰ Orden resolviendo el concurso anunciado para cubrir plazas de Delegados de las Inspecciones provinciales de Sanidad en los Establecimientos balnearios. (30 de julio de 1933). *Gaceta de Madrid*, 277, pp.695-696.

¹⁹⁹¹ Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas en el Manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN.

¹⁹⁹² Villasante Armas, O. (1997). Primer certámen frenopático español. Estructura asistencial aspectos organizativos. *Asclepio*, 49(1), 79-93, p. 89.

¹⁹⁹³ López Albo, W. (2000). [1926]. Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 159-164, p.162.

en mayo de 1911, en pensionista, y hospitalizada hasta abril de 1913, momento en que fue dada de alta tras no regresar de una salida temporal. Esta maestra, diagnosticada de delirio de carácter hipocondríaco, y posteriormente de psicosis obsesiva con fondo melancólico, fue tratada con "baños templados" en julio de 1911 y, un año después, se le concedió un permiso de un mes para someterse a las aguas mineralo-medicinales del balneario de Alange (Badajoz)¹⁹⁹⁴, "*sin notarse grandes efectos en su estado mental*"¹⁹⁹⁵. El traslado de pacientes desde instituciones psiquiátricas a balnearios con objetivos terapéuticos se ha documentado también, a finales del siglo XIX para los internos del Manicomio de Conxo¹⁹⁹⁶.

Entre las diferentes variedades de tratamiento hidrópico, encontramos denominaciones como "baños generales calientes", "baños prolongados", "balneación templada", "baño general templado", "tratamiento hidroterápico en forma de baños y duchas" y "baños templados de larga duración". Gimeno Riera, en *La Locura. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales*, publicado en 1911, diferenció varios tipos de hidroterapia. Primero describía las "duchas", que podían ser frías, especialmente indicadas para cuadros de melancolía por su acción excitante, mediante las cuales se producía un enfriamiento brusco e intenso "contra el cual los enfermos reaccionan con dificultad" y que, a su juicio estaban cayendo en desuso. Por otro lado, aludía el uso de las duchas templadas (35º) como sedantes en "estados maniacos crónicos". En tercer lugar, señalaba la utilización de las "sábanas mojadas", también llamadas "envoltura de Kraepelin"¹⁹⁹⁷ como método calmante, variedad que no hemos registrado entre los asilados de Leganés y, por último, aludía a los beneficios tranquilizantes de los "baños prolongados o permanentes" que, en su opinión, eran los más utilizados en las instituciones psiquiátricas¹⁹⁹⁸.

En el Manicomio de Leganés la hidroterapia se administró, por lo general, como medida de tratamiento para estados de agitación. A modo de ejemplo, reproducimos algunos de los registros evolutivos de estos pacientes como el de R., diagnosticada de manía y demencia precoz, que ingresó en la institución el 27 de enero de 1907 procedente del Sanatorio "Dr.

¹⁹⁹⁴ El Balneario de Alange, que tiene su origen en la época romana (siglo III a. c.) y aún permanece funcionando en la actualidad, fue rehabilitado en el siglo XIX tras salir a subasta pública, coincidiendo con la Ley de desamortización de Madoz y el auge de los balnearios centroeuropeos. Se amplió entonces con jardines, bañeras de mármol italiano, piscinas sobre el manantial y galerías de duchas. Sus aguas estaban especialmente indicadas para el tratamiento de enfermedades del sistema nervioso como el histerismo y la neurastenia. Véase: <http://www.balneariodealange.com/historia.html> [consultado el 6 de septiembre de 2016] y Aleixandre (1905). Especialización o indicación individual de las aguas mineralo-medicinales de España. *Revista de Especialidades Médicas, Año VIII*, p.181-188.

¹⁹⁹⁵ Historia clínica XX-313. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁹⁶ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquia, C. (2013), p.381.

¹⁹⁹⁷ Vallejo Nágera, A. (1929a). El tratamiento de la locura en 1858 y en 1928. *Siglo Médico*, 83, 127 – 132.

¹⁹⁹⁸ Gimeno Riera, J. (1911), pp. 306-309.

Esquerdo", cuando contaba con 36 años de edad. En la anotación de entrada se señalaba que la paciente *"ingresa con gran excitación a consecuencia de delirios de persecución de forma agresiva, hay que recluirla en habitación separada"* y, varios meses después, en julio del mismo año fue *"sometida en esta época a un tratamiento hidroterápico se le nota más adecuada normalizando sus actos y haciéndose asequible al trato de las enfermeras a las que ayuda en algunas ocupaciones de aquellas"*¹⁹⁹⁹. Además de a R., la balneación, produjo mejoría en otros pacientes, como B., un demente precoz que, dos años después de ingresar en el Manicomio fue sometido a esta alternativa terapéutica. Ignacio del Mazo, a propósito de este interno, escribía en agosto de 1909:

*"Empleada la hidroterapia en sus diferentes aplicaciones han producido buen efecto en este enfermo consiguiendo calmar los accesos de excitación que eran continuos en él"*²⁰⁰⁰.

A pesar de que Enrique Fernández Sanz, había publicado los beneficios de la hidroterapia en las psiconeurosis²⁰⁰¹, tan sólo hemos encontrado tres pacientes a los que se administró tratamiento hidropático en los años en los que este neuropsiquiatra estuvo trabajando en la institución. De hecho la mayoría las aplicaciones de esta medida terapéutica se dieron entre 1907 y 1922, entre los que no se ha encontrado ningún paciente psiconeurótico, probablemente una patología más propia de las "consultas de enfermedades mentales" que de los internos del Manicomio. En los años siguientes, durante la Segunda República, los baños siguieron formando parte del arsenal terapéutico del Manicomio de Leganés²⁰⁰², si bien, durante el periodo de la contienda civil, no se ha registrado el uso de esta medida terapéutica²⁰⁰³. Posteriormente, en la posguerra se objetivó su aplicación en sólo una ocasión para tratar a un oligofrénico al que, en 1942, se le administró "balneación templada"²⁰⁰⁴.

El tratamiento hidrópico fue ampliamente utilizado también con los internos de las distintas instituciones psiquiátricas españolas y se ha documentado su uso, entre otros, en el Manicomio de Nueva Belén²⁰⁰⁵, Valencia²⁰⁰⁶ o el ya citado Manicomio de Conxo²⁰⁰⁷.

¹⁹⁹⁹ Historia clínica XX-194. Archivo Histórico clínicas del IPSSM José Germain.

²⁰⁰⁰ Historia clínica XX-257. Archivo Histórico clínicas del IPSSM José Germain.

²⁰⁰¹ Fernández Sanz, E. (1920a). La hidroterapia en las psiconeurosis. *Siglo Médico*, 67, 449 – 451 y Fernández Sanz, E. (1920b). Los baños de mar y el clima litoral en los enfermos psiconeuróticos. *La Medicina Ibero*, 12, 289 – 291.

²⁰⁰² Conseglieri, A. (2008), p.138. Se puede consultar también: Plumed Domingo, J. y Dualde Beltrán, F. (2007). Los tratamientos de la locura en la Segunda República española. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 129-155). Madrid: Frenia.

²⁰⁰³ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012).

²⁰⁰⁴ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.204.

²⁰⁰⁵ Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2004). Las historias clínicas del Manicomio de Nueva Belén. *Frenia*, 4(1), 77–99, p.96.

²⁰⁰⁶ Heimann, C. (2006), p. 427.

²⁰⁰⁷ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquia, C. (2013).

LA TERAPÉUTICA POR EL TRABAJO EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

Existen referencias al empleo de los pacientes mentales en tareas ocupacionales, como parte de su régimen de vida en el interior de las instituciones psiquiátricas, desde el siglo XV²⁰⁰⁸. De hecho, una parte importante del tratamiento moral pineliano fue encaminada a procurar a los alienados medios de ocupación que favorecieran el desarrollo de las funciones mentales sanas, siendo el trabajo, la principal actividad que los pacientes debían desarrollar²⁰⁰⁹. Pinel concebía que:

*“Un trabajo constante invierte el encadenamiento vicioso de las ideas, fija las facultades del entendimiento proporcionándole ejercicio; es el único en mantener el orden en cualquier agrupación de alienados y dispensa de llevar a cabo una gran cantidad de normas minuciosas y a menudo inútiles para mantener el régimen interior de vida”*²⁰¹⁰.

El tratamiento ocupacional de los internos en las instituciones experimentó una enorme relevancia y expansión en la psiquiatría decimonónica y de principios del siglo XX española²⁰¹¹, reglamentándose su funcionamiento también en otros asilos de beneficencia no psiquiátricos²⁰¹². Es habitual encontrar alusiones a éste en los textos de autores de la época como Vicente Ots y Esquerdo que, en 1889, señalaba los beneficios de la terapéutica por el trabajo:

*“Los ejercicios y trabajos corporales son un poderoso medio de sedación. Los trabajos agrícolas y la pintura pueden emplearse con el mismo fin y con probable éxito”*²⁰¹³.

²⁰⁰⁸ Troppé, H. (2011). Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia. *Frenia*, 11, 27–46, p.34.

²⁰⁰⁹ Huertas García-Alejo, R. (2008b), p. 46; Huertas, R. (2004), p.219. También en: Huertas García-Alejo, R. (1988). Asilos para locos: terapéutica mental y política sanitaria. *Asclepio*, 40(2), 131 – 150, p.137.

²⁰¹⁰ Pinel, P. (An VI-1798). Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés. *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris*, 2, 215-155, p.225. Tomado de Huertas, R. (2004), p.220.

²⁰¹¹ Espinosa Iborra, J. (1966), pp.22-23. En este sentido, Belarmino Rodríguez Arias, consideraba a nuestro país como uno de los principales precursores de la terapéutica ocupacional. Rodríguez Arias, B. (1929). La terapéutica por el trabajo en los Manicomios. *Revista Médica de Barcelona*, 11, 356 – 358.

²⁰¹² En el capítulo II (artículos 9 a artículo 13) de la *Instrucción General y Reglamentos Interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General*, que regulaba la organización y modo de gobierno de los establecimientos de beneficencia nacionales, se dispuso que en los manicomios hubiese departamentos de labor y sala de trabajos de arte y oficios “compatibles con el estado o la salud de los acogidos, que a par de darles distracción saludable les procure ahorro”. *Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General*. (1873). Madrid. Imprenta Nacional, pp. 42-43.

²⁰¹³ Ots y Esquerdo, V. (1889). *Tratamiento general de la locura: (Estudio crítico-analítico)*. Tesis doctoral, Universidad Central de Madrid, Madrid.

En la misma línea se pronunciarían Norberto Llinas, médico interno del Manicomio de Sant Boi en 1905²⁰¹⁴ y, cuatro años más tarde, Juan Mas Casamada, quien se refería a esta medida del siguiente modo:

*“El trabajo debe ser considerado como un agente activo, higiénico y terapéutico a la vez. El ejercicio muscular al aire libre es una condición favorable para obtener la curación. Pero ese trabajo debe ser reglamentado y desde luego redunde en provecho material para el alienado y que sea utilizado a título de distracción y como medio de tratamiento”*²⁰¹⁵.

A pesar de reconocer su utilidad, Mas Casamada advertía del excesivo optimismo terapéutico que se le había atribuido, al ser considerado por algunos como *“el remedio heroico de la locura”*²⁰¹⁶. No hay que olvidar el papel que, el empleo de los pacientes en actividades, tuvo en el autoabastecimiento y sostenimiento económico así como en el mantenimiento de la disciplina manicomial²⁰¹⁷.

A lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX verían la luz los primeros trabajos que acometían el estudio específico de esta terapéutica²⁰¹⁸. Entre éstos destacan los publicados por Enrique Fernández Sanz para el abordaje de las psiconeurosis y otras “psicopatías benignas” como el neurosismo, psicastenia, depresión afectiva y variedades de neurastenia prolongadas²⁰¹⁹. El médico de Leganés englobaba esta disciplina dentro de las psicoterapias y reconocía sus ventajas no solo terapéuticas sino higiénicas y económicas²⁰²⁰. Por otra parte, José Salas y Vaca no difundió ninguna obra específica sobre el tratamiento de los enfermos mentales a través del trabajo, pero si lo consideró como parte imprescindible de los servicios que debía ofrecer un asilo que aspirara a ser modelo, en el que trabajarían *“los alienados capaces de ello en talleres, lavaderos, costureros, faenas agrícolas y de jardinería”*²⁰²¹. Es bien conocido que la terapia a través del trabajo se encontraba entre las

²⁰¹⁴ Llinas, N. (1905a). Tratamiento de las enfermedades mentales por los trabajos manuales. *Revista Frenopática Española*, 36, 358.

²⁰¹⁵ Mas Casamada, J. (1909). Los nuevos métodos de tratamiento de la alienación mental. *Clínica Moderna*, 88, 551–556, p. 554–556.

²⁰¹⁶ *Ibidem*, p. 556.

²⁰¹⁷ Huertas, R. (2004), p.220. Sobre el trabajo y la explotación económica de los manicomios, puede verse: Donzelot, J. (1981). Espacio cerrado, trabajo y moralización. En *Espacios de poder* (pp. 27–51). Madrid: La Piqueta y Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 4ª edición, p. 53. En España, es de obligada referencia el trabajo de Josep María Comelles sobre la utilización de los internos del Manicomio de Santa Cruz como mano de obra en las explotaciones agrícolas de la institución. Comelles, J. (1980). Ideología asistencial y práctica económica. En *Actas del I Congreso Español de Antropología*, vol. 1 (pp. 347–400). Barcelona: Universidad de Barcelona.

²⁰¹⁸ Barcia Caballero, J. (1908). Importancia del trabajo en la terapéutica de la locura. *Revista de Especialidades Médicas*, 11, 361–366; Labarta, B. (1922). Trabajo de los locos en los frenocomios. *Siglo Médico*, 69, 583–585; Zaragoza Gilabert, F. (1929). El trabajo como terapéutica en los enfermos mentales; *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 36–43.

²⁰¹⁹ Fernández Sanz, E. (1914a). El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 104, 89 – 97 y Fernández Sanz, E. (1928). Los sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 28, 725 – 727.

²⁰²⁰ Fernández Sanz, E. (1928), p.725.

²⁰²¹ Salas y Vaca, J. (1924a), p.68.

peticiones de reforma que se redactaron en el “Plan moderno de asistencia a los alienados” de 1926:

“El Hospital Psiquiátrico dispondrá de alguna industria o explotación aneja para aplicar la terapéutica del trabajo, y los enfermos-obreros percibirán un tanto por ciento como sueldo o jornal, el cual servirá de base para una cartilla de ahorro, que se entregará al enfermo a su salida del establecimiento”²⁰²².

A pesar de su difusión y amplia utilización, la laborterapia no se sistematizó hasta la tercera década del siglo XX, cuando Herman Simón, director del Hospital de Gütersloh, expuso las bases teóricas y prácticas de la utilidad terapéutica del trabajo como forma de contrarrestar los efectos negativos del internamiento manicomial. Si bien este médico germano planteó sus ideas, por primera vez, en la Asociación de directores de manicomios alemanes que se celebró en Jena en 1923²⁰²³, no fue hasta bien entrada la década de los treinta cuando publicó sus reflexiones bajo el título de *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*²⁰²⁴.

En el Manicomio de Leganés se ha documentado, al igual que en otras instituciones como el de Zaragoza²⁰²⁵ o el de Ciempozuelos²⁰²⁶, el empleo de pacientes en diversas labores prácticamente desde su fundación. Ya en 1861, Manuel Mesa refería que:

“Los indigentes se emplean hoy en el servicio doméstico de la casa y en las obras que constantemente se hacen en los diferentes departamentos: algunos de ellos, aunque pocos, se ocupan en el cultivo de la hortaliza, y los pensionista se dedican a la lectura de periódicos ilustrados de literatura y trabajos ligeros de bufete (...). Las mujeres se ocupan unas en la cocina, otras en el lavadero y en la limpieza y aseo de su departamento, y la mayor parte de ellas se dedican en la sala de labores a el (sic) cosido, bordado y plancha, y en hacer medias y arreglar la ropa de uso, todo en provecho y utilidad del asilo”²⁰²⁷.

Así mismo, en el Reglamento de la institución de 1885 se apuntaba la existencia de “salas de labor”, disponiéndose que:

²⁰²² López Albo, W., Fuster, J. y Morales, M. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados, conclusiones. *Archivos de Neurobiología*, 6, 236–237. Se puede hallar más información sobre este tratamiento en: Rey Ardid, R. (1932). Organización de la terapéutica activa en los manicomios españoles. *Archivos de Neurobiología*, 12(6), 917 – 944.

²⁰²³ Hernández Merino, A. (2007). El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simón, Emili Mira i López. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española* (pp. 145-159). Madrid: Frenia.

²⁰²⁴ Herman, S. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat editores. La publicación de esta obra, que en España fue traducida por Ramón Sarró i Burbano (1900-1993), psiquiatra de la sección de hombres del Manicomio de Sant Boi entre 1932 y 1936, en Barcelona, estuvo precedido por la difusión en la revista *Archivos de Neurobiología*, un año antes del artículo “Defensa de la terapéutica ocupacional”, firmado también por Simón. Herman, S. (1936). Defensa de la terapéutica ocupacional. *Archivos de Neurobiología*, 16 (3-6), 471-505; 533-566; 575-582.

²⁰²⁵ Fernández Doctor, A. (1993b). La asistencia psiquiátrica en la Zaragoza del siglo XIX. *Psiquis*, 14(9), 287–300 y Rodríguez Pérez, E. (1980). *Asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico, pp. 100-106.

²⁰²⁶ Acero Sáez, C. (1997). *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.330.

²⁰²⁷ Mesa, M. (1861). La Casa de Santa Isabel de Leganés. *La España Médica*, 288, 395-397, p.397.

*"Queda prohibida la ocupación de los enfermos, tanto de pobres como de pensionistas, en otros trabajos que los ordenados por el Jefe Facultativo en concepto de prescripción coadyuvante para el tratamiento médico-moral; igualmente que el encierro sistemático y el ocuparlos por castigo o represión en las faenas de la casa, huerta o sus dependencias"*²⁰²⁸.

A pesar de esto, la implantación de la terapéutica por el trabajo en la institución contó con numerosas dificultades y deficiencias como la falta de espacio necesario para las labores agrícolas e industriales y la carencia de personal subalterno capacitado²⁰²⁹. Habría que esperar al año 1947, bajo la dirección de Manuel Peraita, para que se proyectara y fundara un pabellón destinado propiamente a la laborterapia²⁰³⁰.

Así pues, tanto la documentación administrativa como las diversas referencias nos llevan a afirmar que el trabajo era habitual entre los internos de Santa Isabel desde su fundación y se mantuvo después de nuestro periodo de estudio²⁰³¹, aunque estas actividades no se reflejaban con asiduidad en las historias clínicas²⁰³². Conviene recordar que, según información referida en el diario *La Libertad*, el 40% de la población manicomial se beneficiaba de este tratamiento en el año 1933²⁰³³.

Entre 1900 y 1931 hemos registrado la alusión al trabajo en 15 historias clínicas lo que corresponde a un 8,3% del total de tratamientos, aunque es muy probable que determinadas tareas domésticas realizadas por los pacientes tampoco se anotasen en estos documentos²⁰³⁴. Si bien es una cifra bastante pequeña en comparación a los más de 1000 historiales revisados, es superior a la objetivada en estudios que abordan épocas posteriores del establecimiento²⁰³⁵.

²⁰²⁸ Reglamento orgánico de 1885. Artículos 93 y 94.

²⁰²⁹ En el Archivo Histórico del IPSSM José Germain se encuentra una carta elaborada, en julio de 1933, por Aurelio Mendiguchía Carriche en la que detalla todas estas deficiencias apuntando a los servicios domésticos como la única forma de trabajo que se podía realizar en el establecimiento. El médico del departamento de mujeres señalaba cómo de 126 internas, trabajaban 46 de las que 36 se dedicaban a la costura, cuatro al encaje, una a los trabajos de malla, otra ejecutaba flores y diez ayudaban a las hermanas de la caridad en la limpieza de los departamentos.

²⁰³⁰ Conseglieri Gámez, A. (2013), pp.202-203

²⁰³¹ Conseglieri, A. (2008).

²⁰³² Mollejo Aparicio, E. (2011), p.417; Conseglieri Gámez, A. (2013), p.203.

²⁰³³ *La Libertad*. (3 de agosto de 1933), número 4173, p.9.

²⁰³⁴ La alusión al empleo de las mujeres institucionalizadas en trabajos domésticos ha sido muy frecuente a lo largo de la historia y se ha documentado bien en algunos hospitales para mujeres. Puede consultarse: Golcman, A. (2015). *Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora (1908-1971)*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires (Argentina), pp.217-229.

²⁰³⁵ Durante la Segunda República se registraron seis historias clínicas que mostraban su uso, aunque la carta de Mendiguchía, antes señalada, confirmaba la aplicación a un mayor número de pacientes. En la guerra, aparece tan sólo descrito en la historia de alguna paciente y en el trabajo que analiza los pacientes ingresados en la posguerra, tan sólo se registró la laborterapia en dos casos de los 615 estudiados. Véase: Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a), p. 342; Vázquez de la Torre Escalera, P. (2013), p.240 y Conseglieri Gámez, A. (2013), p.203.

No existe una clara asociación entre las labores ocupacionales y los diagnósticos; y las referencias al trabajo se hallan en las historias clínicas de dos dementes precoces, pero también en un síndrome melancólico, delirio de persecución, alcoholismo, neurastenia, histeromanía, síndrome convulsivo de carácter epiléptico o psicosis maniaco depresiva, entre otros.

La mayoría de las veces no se especifica, en el expediente clínico, el tipo de trabajo que se encomendaba a los pacientes. Entre aquellos casos recogidos, predominan las faenas domésticas: limpiezas, fregados, cocina o “quehaceres de la casa”, aunque también se alude al empleo de pacientes en labores de costura. Conviene señalar que estos trabajos domésticos, implantados en la mayoría de las instituciones, constituían los “más sencillos y económicos de aplicar”²⁰³⁶. No se ha registrado el empleo de pacientes en labores de jardinería u horticultura en las historias clínicas, a pesar de que existen varias referencias que apuntan a su utilización, ya durante el siglo XIX. Así, en su viaje por España en 1878, Donald Fraser señaló que algunos internos de Leganés trabajaban en los viñedos (plantados en el jardín interior)²⁰³⁷ y, en la estadística oficial de manicomios españoles de 1879-1880 se registraba la existencia de “*un número indeterminado de pacientes en trabajos domésticos y agricultura*”²⁰³⁸. Posteriormente, a finales de la década de los años veinte, un reportaje sobre la institución difundido en *El Heraldo de Madrid* se refería al empleo de algunos pacientes en trabajos de la huerta, si bien, se apuntaba que éstos constituían tan sólo una minoría²⁰³⁹, a pesar de que la horticultura fuera considerada como una de las ocupaciones más beneficiosas²⁰⁴⁰. Además, Santa Isabel, que disponía de varias docenas de animales, entre vacas, cerdos, pollos y gallinas, albergados en unas pequeñas edificaciones anexas a la huerta, empleaba a los pacientes en su cuidado²⁰⁴¹. Estas actividades agrícolas y ganaderas, sin duda, servirían para el sustento alimenticio de los internos, aunque no se ha podido documentar en Leganés, como en otras instituciones, que ayudaran al sostenimiento económico del establecimiento o fueran verdaderas industrias, tal como ha señalado César Leyton para la Casa de Orates de Chile²⁰⁴².

²⁰³⁶ Rey Ardid, R. (1932), p.921.

²⁰³⁷ Fraser, D. (1879). Spanish Asylums. *Journal of Mental Science*, 25(111), 347-358, p.351.

²⁰³⁸ Véase: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Sanidad. (1880). *Memoria acerca del resultado que ofrece la estadística de los manicomios, censo de población acogida en ellos durante el año económico de 1879-80 y su comparación con la Gaceta de 7 de octubre de 1848*. Madrid: Tello

²⁰³⁹ *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), p. 9.

²⁰⁴⁰ Barcia Caballero, J. (1908), p. 362.

²⁰⁴¹ *El Heraldo de Madrid*. (29 de abril de 1929), p. 9.

²⁰⁴² Comelles, J. M., (1980), p.373. En el caso de Chile, ha sido documentado por Cesar Leyton en Leyton, C. (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile, 1870-1940. *Frenia*, 8(1), 259-275.

La colaboración de los pacientes en este tipo de trabajos era interpretado, sin duda, como signo de una evolución favorable, como se puede leer en las anotaciones clínicas realizadas en enero de 1910, dos años después de ingresar, de S.: *“más tranquila se presta a ocuparse de los quehaceres que se la encomiendan de limpieza, fregados, pero sin abandonar sus ideas de persecución”*. Esta delirante, que presentó un periodo de empeoramiento con *“exaltación de sus ideas delirantes”* por lo que fue preciso recluirla en su habitación en junio de 1911, regresó a sus labores *“en la cocina y otros oficios menores”* tras confirmarse su remisión pocos meses después²⁰⁴³. De hecho, hemos encontrado referencias a la concesión de permisos de salida como “premio” a una adecuada obediencia como en el caso de A., ingresado desde mayo de 1900 por alcoholismo y dipsomanía que *“por su carácter trabajador y dispuesto para las faenas domésticas”* se le permitió salir unas horas en enero de 1902²⁰⁴⁴.

EL TRATAMIENTO ELÉCTRICO

En el siglo XVIII, la fabricación del primer condensador eléctrico, la “botella de Leyden”, y de la pila de Volta, facilitaron la experimentación sobre los efectos de la electricidad en los seres vivos y el diseño de aparatos orientados a su aplicación como medida terapéutica²⁰⁴⁵. A lo largo del siglo XIX la electroterapia sufrió un significativo desarrollo a partir de la formulación de la Ley de inducción electromagnética por Michael Faraday (1791-1867), en 1831, que posibilitó las investigaciones de Guillaume Duchenne (1806-1875) sobre el uso de la electricidad en el tratamiento de las enfermedades²⁰⁴⁶.

Desde ese momento, se sucedieron las publicaciones científicas que señalaban los beneficios de esta terapia tanto en enfermedades neurológicas como psiquiátricas²⁰⁴⁷, entre las que destacaban la histeria²⁰⁴⁸, neurastenia, melancolía, parálisis general progresiva,

²⁰⁴³ Historia clínica XX-246. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁴⁴ Historia clínica XX-11. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁴⁵ Uno de los pioneros en el uso de la electricidad fue Pierre Jean Claude Mauduyt de la Varenne (1732-1792) quien, en 1779 presentó ante la *Société Royale de Médecine de Paris* sus experiencias realizadas con cerca de un centenar de pacientes. Montiel, L. (2007), p.83.

²⁰⁴⁶ Beveridge, A. (1988). Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the nineteenth century. *British Journal of Psychiatry*, 153, 157–162, p. 157. La electroterapia como medida de tratamiento fue ilustrada por el pintor y acuarelista Daniel Urrabieta Vierge (1851-1904), uno de los más fecundos dibujantes españoles de la segunda mitad del siglo XIX, tratado de una hemiplejía mediante esta técnica en la Salpêtrière. Sobre Urrabieta se puede consultar: Estévez Gil, X., Simón Lorda, D. y Bustos Cardona, T. (2013). Tras la pista de Daniel Urrabieta Vierge (de Compostela y Conxo a la Salpêtrière pasando por el Quijote). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.) (pp. 407-417). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 375-386). Madrid: AEN.

²⁰⁴⁷ Stainbrook, E. (1948). The uses of electricity in psychiatric treatment during the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 156 – 177.

²⁰⁴⁸ En España se puede ver: Castello, V. (1862). La electroterapia contra el histerismo. *La España médica, Iberia médica y Crónica de los hospitales*, 7, 308; Macedo y Valle, L. (1862). La electroterapia contra el histerismo. *La España médica, Iberia médica y Crónica de los hospitales*, 7, 308-309; Leloir, M. H. (1879). De las corrientes eléctricas en el histerismo. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 4, 234-235; Galcerán y Granés, A. (1910). Trabajos presentados al V Congreso Internacional de Electrología y Radiología

manía²⁰⁴⁹, epilepsia y estados de agitación, entre otros. Esto obligó a los hospitales psiquiátricos a implementar departamentos específicos electroterápicos²⁰⁵⁰, entre los que destacamos el Manicomio de Sant Boi que inauguró la instalación de electroterapia en la década de los ochenta del siglo XIX, cuando Arturo Galcerán y Granés era director del mismo²⁰⁵¹. La institución catalana no fue la única que contó con un gabinete electroterápico, documentado también en otros manicomios como el de Ciempozuelos²⁰⁵², Nueva Belén²⁰⁵³ o Navarra, aunque en este último, Manuel Gurría Estapé denunciaba, a principios del siglo XX, deficiencias en su funcionamiento²⁰⁵⁴. El Manicomio de Leganés, donde se han encontrado referencias al uso de la electricidad para el tratamiento de pacientes desde 1862²⁰⁵⁵, tenía un servicio de electroterapia, *"suficiente para las necesidades del asilo"*, inaugurado en la década de los años veinte como parte de las reformas impulsadas por José Salas y Vaca²⁰⁵⁶. Este gabinete contaba, como se ha señalado, con una instalación completa de electroterapia para aplicaciones de diferentes variedades de baños y duchas eléctricas, efluvi y descarga, corrientes farádicas y galvánicas, electrolisis y cataforesis²⁰⁵⁷. Ya hemos señalado que, el director de Leganés solía complementar su actividad al frente del Manicomio Nacional con la práctica asistencial privada como especialista en esta modalidad terapéutica²⁰⁵⁸.

Entre 1900 y 1931 se ha registrado la aplicación de electroterapia en cuatro ocasiones, dos de ellas en un mismo paciente en momentos temporales diferentes. El primero se trataba de un varón ingresado en enero de 1908, a los 30 años de edad, diagnosticado de demencia precoz forma hebefrénica que, en abril de 1912, fue tratado con "corrientes eléctricas" por un "estado mental depresivo" con *"negativismo y estereotipias en palabras y actitudes que van dejando paso a las manifestaciones demenciales"*²⁰⁵⁹. La siguiente paciente a la que se aplicó electricidad era una maestra de 42 años diagnosticada de "delirio sistemático de carácter

médicas. 1910. Alcances de la electroestática en el histerismo. Indicaciones de la galvanización cerebral. *Revista Médica de Sevilla*, 55, 184-186.

²⁰⁴⁹Holsbeck, H. (1870). Corea y manía: curación por medio de la electroterapia. *Gaceta Médica de Granada*, 2, 285-286.

²⁰⁵⁰Hirschmuller, A. (1999). The development of psychiatry and neurology in the nineteenth century. Translated from the German by M. Whitrow. *History of Psychiatry*, 10(4), 395 – 423, p. 405. La electroterapia formaba parte también de los servicios terapéuticos aplicados en otros establecimientos no psiquiátricos como el Hospital San Juan de Dios, tradicionalmente dedicado a las enfermedades venéreas, en Madrid y el Hospital Clínico que funcionaba en el colegio de San Carlos anejo a la Facultad de Medicina. Río de la Torre, E. (1996). *Los orígenes de la escuela madrileña de dermatología*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p.70 y Rísquez (1901). Sección profesional. *Revista de Especialidades Médicas*, p. LXVII-LXX.

²⁰⁵¹Rey González, A. (1985). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX. Arturo Galcerán y Granés. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(13), 223-233, p. 230.

²⁰⁵²Acero Sáez, C. (1997), p. 304.

²⁰⁵³Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2004). Las historias clínicas del Manicomio de Nueva Belén. *Frenia*, 4(1), 77-99, p.96.

²⁰⁵⁴Aztarain Díez, J. (2005), p. 335.

²⁰⁵⁵Crespillo Calleja, J., p. 415.

²⁰⁵⁶Salas y Vaca, J. (1929), p.24; Salas y Vaca, J. (1921a). La reforma de los manicomios en España. *España Médica*, 381, 1-3, p.1.

²⁰⁵⁷*El Heraldo de Madrid*. (10 de febrero de 1928), p.8.

²⁰⁵⁸Expediente colegial de José Salas y Vaca. Archivo del ICOMEM.

²⁰⁵⁹Historia clínica XX-223. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

hipocondriaco con abreación morbosa (panofobia)" (sic) y "psicosis obsesiva con fondo melancólico" que, tras aplicársele hidroterapia en septiembre de 1911, fue tratada con *"tratamiento eléctrico en forma de faradización superficial a la región vertebral cervico-dorsal"*, cinco meses después. En noviembre de 1912 se le repitió la aplicación electroterápica con "corrientes galvánico farádicas locales", sin que se haga referencia en la historia a la evolución clínica posterior²⁰⁶⁰. El último paciente al que se administró esta terapéutica fue un hemipléjico con demencia consecutiva, internado en noviembre de 1911 a los 63 años de edad y, dos años después, *"sometido al tratamiento eléctrico bajo la forma de corrientes galvano farádicas"*, sin que se objetivara franca mejoría en su estado²⁰⁶¹.

MÉTODOS PIRETOTERAPICOS

A lo largo del siglo XIX se sucedieron las alusiones en la literatura científica a los efectos beneficiosos de la fiebre en la locura²⁰⁶², de manera que, la inducción de fiebre mediante la inoculación de distintas sustancias comenzó a contar con defensores en el ámbito psiquiátrico²⁰⁶³, siendo la malarioterapia, descrita por Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) en 1917, la primera técnica desarrollada como un tratamiento específico²⁰⁶⁴. Este descubrimiento, por el que el médico austriaco consiguió el Premio Nobel de Medicina en 1927, se obtuvo tras una búsqueda de más de una década del proceso infeccioso que resultase más eficaz para inducir fiebre en los enfermos mentales²⁰⁶⁵. De esta manera, la malarioterapia, cuya técnica consistía en la inoculación de sangre infectada de malaria en pacientes diagnosticados de parálisis general progresiva, supuso el tratamiento que revolucionaría el campo de la terapéutica en la mortal enfermedad paralítica²⁰⁶⁶. Tan sólo dos años después de las experiencias de Wagner-Jauregg, se practicaron impaludizaciones a gran escala en los frenocomios alemanes, austriacos y polacos propagándose

²⁰⁶⁰ Historia clínica XX-313. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁶¹ Historia clínica XX-325. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁶² Los efectos curativos de la fiebre en las enfermedades mentales han sido descritos desde hace siglos, cuando Hipócrates señaló el efecto beneficioso de la malaria en la epilepsia y Galeno citó un caso de melancolía que había remitido, tras sufrir fiebre cuartana. Whitrow, M. (1990), p.294 y Villasante, O. (2003b), p. 176.

²⁰⁶³ Mitchell, P. B. y Kirkby, K. C. (2007), p.917. El propio Wagner-Jauregg recoge en un trabajo publicado póstumamente las aportaciones de algunos contemporáneos que habían utilizado el tratamiento por la fiebre en los enfermos mentales. Wagner-Jauregg, J. (1946). The history of the malaria treatment of general paralysis. *American Journal of Psychiatry*, 102, 577-582 (Comment and translation from the german Walter L. Bruetsch). Este artículo se reeditó posteriormente en: Wagner-Jauregg, J. (1994). [1946]. The history of the malaria treatment of general paralysis. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6 Suppl), 231 – 235.

²⁰⁶⁴ PosteL, J. y Quétel, C. (2000), p. 385.

²⁰⁶⁵ Villasante, O. (2003b), p.177.

²⁰⁶⁶ Michael, R. A. (1999). Fever therapy for general paresis. *International Journal of Dermatology*, 38, 633 – 637.

posteriormente por el resto de Europa y América²⁰⁶⁷. A pesar de que inicialmente esta técnica fue descrita para el tratamiento de la demencia paralítica, también se describieron experiencias en otro tipo de psicosis no luéticas como psicosis maniaco depresivas, esquizofrenia, psicosis epilépticas, manía aguda, u oligofrenia, entre otros²⁰⁶⁸. En España, la paludoterapia se introdujo de la mano de Gonzalo Rodríguez Lafora²⁰⁶⁹ que comenzó a utilizarla en 1924 y, para el año 1927, contaba ya con 50 casos de parálisis general y doce enfermos de tabes tratados con malarioterapia²⁰⁷⁰. A pesar de la actividad del psiquiatra madrileño, las impaludizaciones masivas en algunas instituciones europeas, tuvieron escasa asimilación en España²⁰⁷¹, salvo en algunos establecimientos como el Manicomio de Ciempozuelos, donde Antonio Vallejo Nágera y Rodrigo González Pinto realizaron numerosas terapias administrando sangre de malaria²⁰⁷², el de Valladolid con José María Villacián²⁰⁷³ o Navarra, donde trabajó Pedro Álvarez Nouvilas desde 1928²⁰⁷⁴.

En el Manicomio de Leganés tan sólo se ha encontrado un caso de impaludización practicada en la misma institución entre las historias clínicas de aquellos pacientes que ingresaron entre 1900 y 1931. Se trataba de R., un varón ingresado en marzo de 1929 con el diagnóstico de parálisis general progresiva. En la nota de entrada, Mendiguchía, además de realizar una exploración psicopatológica de la atención, memoria, juicio y consciencia, explicitaba:

"Sometido a tratamiento por malaria inyectado con sangre de enfermo tipo terciaria aparece al noveno día el primer escalofrío con fiebre de 39 décimas (...). En el décimo se corta con píldoras de quinariol. Durante este tiempo el enfermo ha

²⁰⁶⁷ Villasante, O. (2004).

²⁰⁶⁸ Levi Blanchini, M. y Nardi, J. (1932). Malarioterapia en las psicosis no luéticas. *Archivos de Neurobiología*, 427-446; 585-629.

²⁰⁶⁹ López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2009). La terapéutica farmacológica de los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora. *Frenia*, 9, 71-96 y Rodríguez Lafora, G. (1926a). Sobre el tratamiento de la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 6 (3), p. 102-107.

²⁰⁷⁰ Además de este célebre psiquiatra, caben destacar las experiencias publicadas por, Vallejo Nágera, Martín Salazar, Gregorio Marañón, Rodríguez Arias, Villacián o Guija Morales, entre otros. Villasante, O. (2003b), pp. 183-186. Por citar sólo alguno de estos artículos de médicos españoles: Vallejo Nágera, A. (1928a). Valor curativo de la piretoterapia en las esquizofrenias. *Medicina Ibera*, 22, 57-60; Vallejo Nágera, A. (1928b). Piretoterapia de la demencia precoz. *Siglo médico*, 83, 778-781; Vallejo Nágera, A. y Álvarez Nouvilas, P. (1928). Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica. *Archivos de Neurobiología*, 8(6), 273-288; Villacián, J. M. (1929). Piretoterapia por vacuna. *Medicina Ibera*, 23, 97-99. Sobre las paludizaciones aparecen textos como: Álvarez Sainz de Aja, E. y Bertolotti Ramírez, R. (1930). La inoculación de paludismo en la parálisis general progresiva. Método de Wagner Von Jauregg, *Medicina Ibera*, 24, 473-483; Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1930). Paludización terapéutica en pacientes epilépticos. *Archivos de Neurobiología*, 10(1), 138-146; Villacián, J. M. (1932). Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general. *Archivos de Neurobiología*, 2(12), 176-184.

²⁰⁷¹ Villasante, O. (2003b).

²⁰⁷² Puede consultarse la experiencia en: Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1927). *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la parálisis general progresiva*. Madrid: Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. También en López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1991).

²⁰⁷³ Villacián, J. M. (1932). Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general. *Archivos de Neurobiología*, 2 (12), pp. 176-184. Sobre el empleo de la malarioterapia en Valladolid por José María Villacián véase: García Cantalapiedra (1992), pp. 263-266. La malarioterapia se realizó también en otros establecimientos. Hemos encontrado los protocolos de impaludización llevada a cabo en julio de 1930 por González Pinto en el Sanatorio de Santa Águeda en la historia clínica de un paralítico que ingresó en Leganés en diciembre de ese mismo año y, una vez en la institución madrileña, recibió también tratamiento piretoterápico. Historia clínica XX-992. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁷⁴ Aztarain Díez, J. (2005), 169. Entre la obra de este médico destaca: Álvarez Nouvilas, P. (1932). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 89, 78-82; 108-113; 132-135; 163-167.

*empeorado notablemente no pudiendo tenerse en pie con parálisis vesical que hace manifestarse una incontinencia de orina grave con maceración y escara de la región perineal*²⁰⁷⁵.

Como indica la descripción, este paralítico no evolucionó favorablemente, falleciendo tan solo dos meses después de ingresar *"a consecuencia de su parálisis general progresiva"*²⁰⁷⁶. Desconocemos si este fatal desenlace fue la causa de que no se repitiera el tratamiento, aunque si hemos registrado la derivación de F., otro paralítico ingresado desde el 6 de abril de 1927, a José Sanchís Banús, para que le inoculara la semilla palúdica. En la misiva que este neuropsiquiatra envió a los facultativos de Santa Isabel (figura 1), archivada en la historia del paciente, confirmaba haber realizado el tratamiento con escaso éxito y recomendaba continuar con sales de bismuto:

"Mi distinguido compañero:

Hemos hecho la inoculación de paludismo a su cliente. Las cosas no parecen haber servido demasiado; es pronto para juzgar los resultados. De todos modos habrá que esperar un poco hasta dar por definitivamente perdido el pleito.

Conviene ahora un tratamiento específico a base de bismuto. Poner por ejemplo tartro-bi intravenoso (de Roche) hasta poner un gramo de bismuto y luego hacer una cura de Neo.

*Quedo siempre a su servicio para cuanto desee y quiera y me ofrezco su compañero afectísimo y s. s. q. e. s. m.*²⁰⁷⁷.

²⁰⁷⁵ Historia clínica XX-925. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁷⁶ *Ibíd.*

²⁰⁷⁷ Carta firmada por José Sanchís Banús, guardada junto al expediente de la Historia clínica XX-820. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

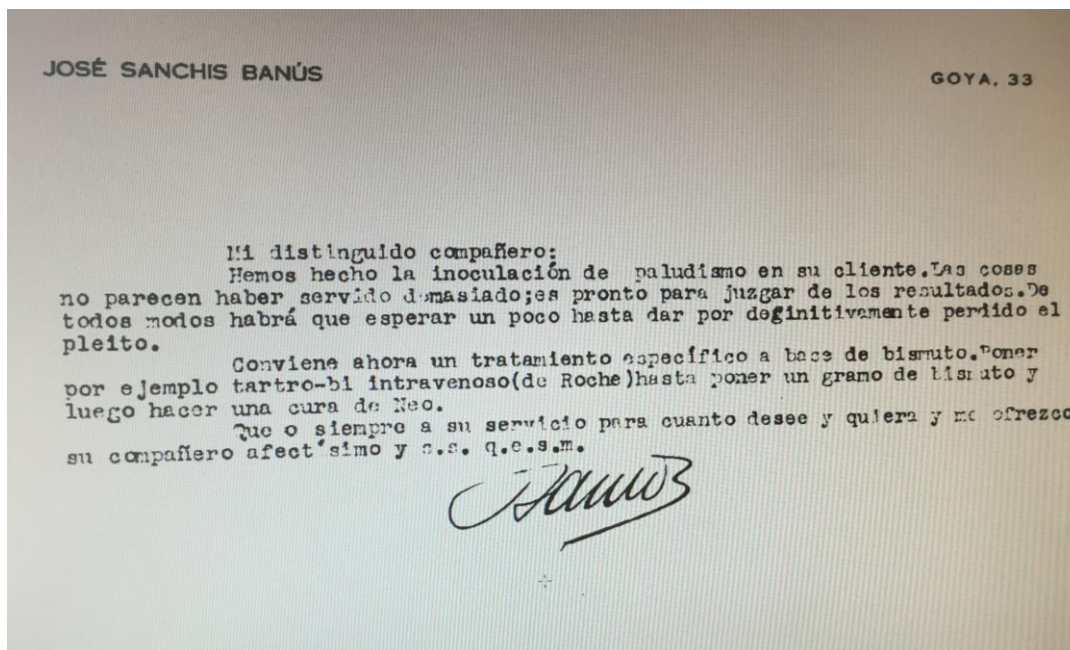


Figura 1. Misiva enviada por José Sanchís Banús a los facultativos del Manicomio Nacional. Fuente: Historia clínica XX-820. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

A pesar de los intentos de tratamiento, el paciente permaneció en la institución hasta su fallecimiento por una hernia estrangulada, en enero de 1930.

Los métodos piritoterápicos comprendieron, además de la malarioterapia, otros agentes químicos, físicos y biológicos capaces de producir un proceso febril como peptona, leche, vacunas procedentes del suero de convalecientes, oro, plata coloidal, sulfosina, abscesos de fijación con trementina o nucleinato sódico²⁰⁷⁸. En este sentido, en 1930, Aurelio Mendiguchía Carriche, Antonio Martín Vagué y Enrique Fernández Méndez, que trabajaban en ese año en la Casa de Santa Isabel, publicaron un artículo sobre el uso del azufre como método piritoterápico²⁰⁷⁹. Los autores, argumentaban la utilización de esta sustancia debido a las dificultades existentes para la práctica de impaludizaciones en el Manicomio de Leganés:

*"Nos preocupaba la idea de encontrar un producto para tratar a nuestros enfermos mentales por piritoterapia, dados los inconvenientes que habíamos encontrado para proporcionarnos sangre de enfermos palúdicos y el tener que seguir inyectando indefinidamente para poder conservar la semilla, por ser escasos los paráliticos generales que contamos entre nuestros asilados"*²⁰⁸⁰.

²⁰⁷⁸ López- Muñoz, F. y Álamo, C. (2009), pp. 87-88.

²⁰⁷⁹ Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930). La piritoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis. *La Medicina Íbera*, 24, 205-207.

²⁰⁸⁰ *Ibidem*, p.205

En dicho trabajo exponían los resultados de la experiencia realizada en el Manicomio con el empleo en ocho pacientes (seis varones y dos mujeres diagnosticados de demencia precoz en sus distintas modalidades, "especialmente los más alucinados" y parálisis general progresiva) de sulfosina, un aceite sulfurado esterilizado elaborado por la casa comercial Leo y no comercializado en España, que fue, por tanto, preciso importar²⁰⁸¹. Entre los pacientes que ingresaron desde 1900 a 1931 también se han registrado ocho casos tratados con Sulfosin Leo®, todos ellos en el mismo año que los facultativos de Leganés publicaron sus experiencias, diagnosticados de esquizofrenia, demencia precoz hebefrénica, demencia paranoide-esquizofrenia paranoide y cinco con parálisis general progresiva. Dos de estos pacientes coinciden con los casos difundidos por los médicos del Manicomio²⁰⁸². En cuatro de estos pacientes no quedó registrado el tratamiento piretoterápico en la historia clínica si bien se han hallado unas cuartillas con los registros de temperatura y los días de aplicación con los nombres de los pacientes, lo que nos ha permitido saber a qué expediente clínico correspondían. También hemos localizado tres piretoterapias por azufre más, administradas a internos del Manicomio en 1930, aunque, en estos casos no hemos podido cotejar estos tratamientos con los pacientes ya que no se han encontrado las historias clínicas a las que corresponden²⁰⁸³.

El tratamiento comenzaba con la administración de 1 c. c. de sulfosina, con la que generalmente no se conseguían elevaciones de más de 38°. Posteriormente se aumentaba de forma progresiva la dosis, hasta un máximo de 12 c. c., con inyecciones cada tres o cuatro días, llegando a obtenerse temperaturas de más de 40°.

En la figura 2 se reproduce una de las cuartillas en las que se registraba la piretoterapia, hallada en el archivo histórico de la institución, sin clasificar.

²⁰⁸¹ Ibídem, p. 205. Vallejo Nágera también recibió muestras de "Pyrifer" desde el extranjero (albúminas bacterianas obtenidas de los caldos de cultivo de determinadas bacterias no patógenas del grupo coli) que empleó como tratamiento piretoterápico de la demencia precoz. Vallejo Nágera, A. (1929b). Piretoterapia de la demencia precoz con "Pyrifer". *Siglo Médico*, 83, 778-781.

²⁰⁸² Tras revisar las iniciales de los pacientes, que los autores anotan en su publicación, con las historias clínicas se observa la coincidencia de dos enfermos, una mujer diagnosticada de "demencia paranoide, esquizofrenia paranoide" y un varón diagnosticado de parálisis general progresiva. Historias clínicas X-949 y XX-952. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁸³ Estos tratamientos se hallaban descritos en unas cuartillas, sin clasificar, no adscritas a ninguna historia clínica en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Tratamiento con sulfosina

2 1/2 c.c

1a inyeccion el dia 15 Octubre 1930. Tempa maxima 38,6

Ha dormido, mas tranquila, no guarda cama, se encuentra mucho mejor agitada. ~~Requiere~~

2a inyeccion el 18 Octubre. 4 cc. Tempa maxima 39 - Muy

agitada por la noche, por la fiebre. ^{dolor} seguramente. Ha roto frantas y colchón - Después se consigue que continúe en la cama muy tranquila los días 19 y 20.

3a inyeccion el dia 21 Octubre. 5 cc tempa maxima 40,1

4a inyeccion el 27 de octubre. 6 cc " " 39,2

5a idm el 30 de idm 8 cc " " 39,8

6a " " 3 " Noviembre 9 cc " " escalof² 40,2

7a " " 6 " idm 10 cc " "sin " 39,8

Figura 2. Tratamiento con sulfosina administrado en el Manicomio Nacional de Leganés. Fuente: Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Se han hallado alusiones tanto a una evolución favorable como a la falta de mejoría con la terapéutica piretoterápica, a pesar de que los clínicos documentaron unos resultados satisfactorios:

*"Las primeras manifestaciones clínicas que observamos es una sedación completa en los delirantes, hasta el extremo que durante el tratamiento no tuvimos necesidad de recurrir a los sedantes que corrientemente se emplean en la práctica psiquiátrica. Se aprecia mayor coherencia en sus manifestaciones, se encuentran más adaptados, más comunicativos, trabajan (dos de nuestros casos) haciendo labores que se negaron rotundamente a realizar antes del tratamiento, y, en fin, hemos apreciado que abandonan sus delirios para ponerse más en contacto con la realidad"*²⁰⁸⁴.

Así, L. P., ingresado en el Manicomio desde el 15 de noviembre de 1929 por una parálisis general progresiva y tratado tres meses después con una serie de hasta 12 c.c. de sulfosina

²⁰⁸⁴ Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930), pp.205-206.

aplicada en siete administraciones, no experimentó ninguna mejoría, como se puede apreciar de las anotaciones registradas tras el registro de temperatura:

*"(Observación). No se han apreciado modificaciones favorables en su estado mental, continúa el delirio de grandezas, la pérdida de memoria de fijación y evocación. Falta de orientación auto y alopsíquica. Pérdida en pequeña cantidad e involuntaria de materias fecales"*²⁰⁸⁵.

No obstante, también hemos documentado alivios sintomáticos tras la piretoterapia, como en el caso de otro paralítico internado en la institución desde el 7 de noviembre de 1930 y, al que se le aplicó esta medida terapéutica al mes de ingresar:

*"Sometido al tratamiento por sulfosina leo el enfermo mejora notablemente desapareciendo principalmente la disartria y el temblor peribucal, adaptado por completo al establecimiento y en completa remisión de todas sus alteraciones tanto psíquicas como somáticas"*²⁰⁸⁶.

El mismo año que los facultativos de Leganés publicaron los casos de los ocho pacientes, Enrique Fernández Sanz se refería a los resultados obtenidos con el tratamiento de once esquizofrénicos mediante esta modalidad piretoterápica. Desconocemos si en esta muestra se refería a alguno de los enfermos de Leganés, de donde, para entonces, era Jefe Facultativo y señalaba *"una rápida y profunda modificación del cuadro clínico, cesando instantáneamente casi los síntomas irritativos y episódicos y reintegrándose el enfermo de modo más o menos completo a la vida real"*²⁰⁸⁷.

Además del aceite sulforado se ha objetivado el uso, al igual que hizo Vallejo Nágera²⁰⁸⁸, de la vacuna antitífica. Esta emulsión de bacilos muertos por la acción del éter, conservados sin adición de antiséptico y dosificados al título de 200 millones de gérmenes por centímetro cúbico para la vacuna curativa y 2000 millones para la preventiva²⁰⁸⁹ se aplicó, en abril de 1930, a un paciente varón cuyo diagnóstico desconocemos, también tratado con sulfosina. El tratamiento se administró en 6 inyecciones cada 3 días, alcanzando dosis de 8 c. c.²⁰⁹⁰.

²⁰⁸⁵ Historia clínica XX-952. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁸⁶ Historia clínica XX-991. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁰⁸⁷ Fernández Sanz, E. (1930a). Algunas consideraciones sobre la sulfoterapia en Psiquiatría. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 33, 543.

²⁰⁸⁸ Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931a). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 88, 152-157; Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931b). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 88, 176-182; Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931c). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 88, 200-203. Incluimos también los trabajos sobre piretoterapia con vacuna antitífica realizados por Vallejo Nágera y el que sería desde 1928 a 1931 director del Manicomio de Navarra, Pedro Álvarez Nouvilas: Vallejo Nágera, A. y Álvarez Nouvilas, P. (1928).

²⁰⁸⁹ Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931a), p. 156.

²⁰⁹⁰ Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Así mismo, también hemos registrado la inducción de altas temperaturas a través de la producción de abscesos de trementina. Los abscesos de fijación se consideraban un método eficaz en el tratamiento de las enfermedades psíquicas y, específicamente, en la agitación y algunas alucinosis esquizofrénicas²⁰⁹¹. No hemos registrado ningún caso de piretoterapia inducida por la inoculación de lactoproteína, o Dmelcos (antichancina), una vacuna usada por Villacián en sus investigaciones en el Manicomio de Valladolid²⁰⁹², a pesar de que los facultativos de Leganés declaraban haberla usado sin resultados satisfactorios²⁰⁹³.

En los años posteriores continuó el uso del azufre en Santa Isabel, pero además se emplearon otras sustancias para provocar picos febriles como el bismuto o una sustancia denominada "Neo"²⁰⁹⁴. Durante la contienda se registraron dos pacientes diagnosticados de epilepsia y alucinosis alcohólica a los que se les aplicó piretoterapia mediante abscesos de fijación de esencia de trementina²⁰⁹⁵ y, en la década de los cuarenta, se aplicaron diversos métodos piretoterápicos con la citada esencia de trementina, morfina, escopolamina, porfirina inyectable o tintura de opio en gotas a un total de doce pacientes²⁰⁹⁶.

La piretoterapia no malárica fue habitual en las instituciones psiquiátricas españolas ya que, además de Santa Isabel, Ciempozuelos y Valladolid, se ha documentado en Conxo y Valencia²⁰⁹⁷. Concretamente, en el Manicomio de Santiago de Compostela, José Pérez López Villamil (1904-1996) describió el empleo del Pyrifer-albúminas bacterianas obtenidas de los caldos de cultivo de determinadas bacterias no patógenas del grupo coli-, Dmelcos, sulfosina, vacuna antitífica y vacuna antitífica-paratífica²⁰⁹⁸.

²⁰⁹¹ Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931a), p. 156.

²⁰⁹² García Cantalapiedra (1992), p. 264.

²⁰⁹³ Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930), p.205.

²⁰⁹⁴ Pudiera ser neomicina, neofloetán o neosaprovitán. Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre Escalera, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia, pp. 126-127.

²⁰⁹⁵ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p. 244. Este método se indicaba principalmente en la alucinosis esquizofrénica y, sobre todo, en la agitación psicomotriz y fue muy empleado durante las primeras décadas del siglo XX en los manicomios españoles. Así Vallejo Nágera y González Pinto, en 1931, afirmaban tener una casuística de más de 500 pacientes. Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931a), p. 156 y Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931b), p. 179-182.

²⁰⁹⁶ Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 208.

²⁰⁹⁷ Heimann, C. (2006), pp.425-426.

²⁰⁹⁸ Pérez López-Villamil, J. (1931). *La piretoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia: estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos*. Tesis doctoral. Santiago: Tip. Faro de Vigo. Sobre este médico asturiano, que trabajó en el Manicomio de Conxo desde 1927 hasta 1932, se puede consultar: Angosto, T. (1985). D. José Pérez López Villamil o la pasión por el recuerdo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15), 484-492.

FARMACOTERAPIA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

El Manicomio de Leganés contó, desde su fundación, con una botica “*provista de todos los medicamentos más usuales*”²⁰⁹⁹ en la que abundaban “*los alcaloides y los principios extractivos más importantes*”²¹⁰⁰. Hemos documentado la aplicación de diversos tratamientos farmacológicos en los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional en el primer tercio del siglo XX entre los que destacan los compuestos bromurados, mercuriales, arsenicales, bismutos, barbitúricos y opioides.

Los bromuros

Se han registrado seis pacientes tratados con bromuros, medicación que había sido descubierta por Antoine Jérôme Blard (1802-1876), en Francia en 1825 y, propuesta para el tratamiento de la epilepsia, en 1857, por Sir Charles Locock (1799-1875), obstetra de la Reina Victoria de Inglaterra²¹⁰¹. Los enfermos a los que se prescribió tratamiento bromurado, estaban diagnosticados principalmente de epilepsia, epilepsia larvada, locura epiléptica o síndrome epiléptico. No hay que olvidar que, hasta que el descubrimiento de los efectos anticonvulsivantes de la fenitoína condujo a su abandono progresivo, constituyeron, junto a los barbitúricos, el tratamiento de elección desde mediados del siglo XIX para los trastornos convulsivos²¹⁰². En dos de estos pacientes epilépticos los bromuros se asociaron al Luminal®, -barbitúrico que al sustituir un grupo etílico del barbitol por un radical fenilo se convirtió en menos tóxico²¹⁰³- y nuclearsitol, medicación nucleofosfatada arsenical²¹⁰⁴. Los efectos beneficiosos de la medicación bromurada en la patología epiléptica, que favorecieron su rápida extensión en los manicomios a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX²¹⁰⁵, han

²⁰⁹⁹ En Mesa, M. (1861), p. 365, se alertaba que el farmacéutico de la población de Leganés dispensaba las fórmulas que recetaba el médico del asilo debido a que la institución carecía de practicante de farmacia. Posteriormente, como se ha mencionado, se incorporó un farmacéutico a la plantilla manicomial si bien desconocemos la fecha con exactitud. Véase: *Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de la Administración* (1912-1915-1918). Madrid: Sucesores de Rivadeneyra, p.VI y VII.

²¹⁰⁰ Reglamento de 1885. Artículo 93.

²¹⁰¹ Sourkes, T. L. (1991). Early clinical neurochemistry of CNS-active drugs. Bromides. *Molecular and Chemical Neuropathology*, 14(2), 131 – 142; Sourkes, T. L. (2007). Sedantes e hipnóticos (I). La historia psiquiátrica de los bromuros y del hidrato de cloral. En López-Muñoz, F. y Álamo, C. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 833-843). Madrid: Editorial Panamericana, pp.838-840. Las aplicaciones iniciales de los bromuros en el terreno terapéutica han sido estudiadas por: Balme, R. (1976). Early medicinal uses of bromides. *Journal of the Royal College of Physicians*, 10, 205-208. Véase también: Joynt, R. J. (1974). The use of bromides in epilepsy. *American Journal of Diseases of Children*, 128, 362-363.

²¹⁰² Lennox, W. G. (1940). The drug therapy of epilepsy. *JAMA*, 114, 1347-1354.

²¹⁰³ Muñoz, S. (2007).

²¹⁰⁴ *El restaurador farmacéutico*. (15 de enero de 1914). Año LXX, p. 8.

²¹⁰⁵ Shorter señala que esta expansión se vio favorecida por su coste, más económico, que el hidrato de cloral, un calmante e hipnótico que se usó para sustituir a la morfina por su mejor dosificación y administración. Shorter, E. (1997), pp. 199-200.

sido documentados en Leganés. Es el caso de P., recluso en Santa Isabel por accesos epilépticos desde la infancia *“que fueron gradualmente aumentando en intensidad y frecuencia, llegando (...) a perder por completo la normalidad mental”*. En su historia clínica, Ignacio del Mazo anotó, en abril de 1921, cuatro meses después de ingresar, la mejoría producida con este tratamiento:

*“Durante su estancia en observación ha continuado sufriendo los accesos de epilepsia que a virtud del tratamiento bromurado se (...) menos intensos y de intervalos más largos”*²¹⁰⁶

Es importante señalar que sirvieron también para tratar otras patologías mentales no convulsivas debido a su acción como sedantes²¹⁰⁷ y, en Leganés, se pautaron además en otros dos pacientes diagnosticados de psicosis confusional y manía con alucinaciones. A esta última paciente, hospitalizada en mayo de 1905 por manía “con gran excitación”, fue necesario aplicarle, a su llegada a la institución, *“baños generales calientes de larga duración, los bromurados y calmantes”*, medidas con las que mejoró²¹⁰⁸.

Esta medicación no estaba exenta de efectos secundarios, como cefaleas, somnolencia, lenguaje incoherente, disminución de la fuerza muscular y dermatitis, entre otros, síntomas que se agruparon bajo la denominación de “Bromismo”²¹⁰⁹. Precisamente las reacciones dermatológicas se observaron en una de las internas de Leganés, ingresada en la institución desde el 25 de julio de 1910, por una locura epiléptica. A su llegada al establecimiento, Ignacio del Mazo transcribía:

*“Desde la edad del desarrollo empezó a padecer ataques epilépticos, que acentuándose en frecuencia e intensidad causaron los trastornos mentales que hoy sufre con agitación agresiva que la hacen una enferma peligrosa”*²¹¹⁰.

Tan sólo cuatro meses después de ser hospitalizada se decidió suspender la medicación bromurada *“para observar si la erupción granulosa que padece llega a desaparecer”*²¹¹¹.

²¹⁰⁶ Historia clínica XX-636. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁰⁷ Shorter, E. (1997), p. 200.

²¹⁰⁸ Historia clínica XX-145. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁰⁹ Sourkes, T. L. (2007), pp. 839-840. El primer caso de bromismo fue comunicado por Charles Huette, en 1850. Posteriormente, el psiquiatra americano Edouard C. Seguin (1812-1880), profesor clínico de enfermedades de la mente y del sistema nervioso en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York, le atribuyó el establecimiento de las bases para el uso moderno de los bromuros. Véase: Seguin, E. C. (1877). The abuse and use of bromides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 4, 445-432 y Huette, C. (1850) *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de potassium*. Thèse. Paris: Rignoux. Tomado de Sourkes, T. L. (2007).

²¹¹⁰ Historia clínica XX-292. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹¹¹ *Ibidem*.

Estos fármacos, utilizados en Leganés, según refiere Crespillo Calleja, desde 1866²¹¹², formaron parte de la farmacopea de la institución hasta los años cincuenta del siglo XX²¹¹³. Constituyeron, sin duda, uno de los remedios más habituales administrados en la época, registrándose en establecimientos como el Manicomio de Nueva Belén, donde se utilizó con frecuencia para los síndromes excitatorios²¹¹⁴. De hecho, Miguel Gayarre, director de Ciempozuelos, los consideraba el tratamiento más eficaz y económico para el abordaje de los síndromes epilépticos²¹¹⁵.

Tratamiento por metales pesados: mercuriales, arsenicales y yodobismutato de quinina

En el Manicomio de Leganés se han registrado dos pacientes, diagnosticados de parálisis general progresiva y "síndrome delirante expansivo absurdo de fondo paralítico" tratados con mercurio, en 1914 y 1916 respectivamente. La medicación mercurial, administrada en Santa Isabel a partir de 1860²¹¹⁶, fue recomendada para los enfermos sífilíticos desde el siglo XV²¹¹⁷, constituyó la base del tratamiento de la lúes hasta principios del siglo XX²¹¹⁸ y, además, también fue aplicada en otras enfermedades infecciosas²¹¹⁹, epilepsia²¹²⁰ o como "estimulante interno", en diversos tipos de alienación mental²¹²¹. Entre las distintas vías de administración se encontraban los ungüentos, calomelanos o tabletas, fricciones,

²¹¹² Crespillo Calleja, J. (1986), p. 325.

²¹¹³ Conseglieri, A. (2008), p.151.

²¹¹⁴ Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2004), p. 96.

²¹¹⁵ Gayarre, M. (1912). Memoria del Manicomio de Ciempozuelos (1911). *Revista Frenopática Española*, 111, 71–89, p.89; Acero Sáez, C. (1997), p.329.

²¹¹⁶ Crespillo Calleja, J. (1986), pp. 336–338 y Mollejo Aparicio, E. (2011), p. 391.

²¹¹⁷ Moreno Collado C. (1993). El mal venéreo con especial mención sobre la historia de la sífilis. Tercera Parte. *Dermatología Revista Mexicana*, 37, 27–33.

²¹¹⁸ A lo largo del siglo XVIII la terapia por mercurio dividió a la comunidad médica en, los que defendían sus beneficios y los detractores de la misma, que argumentaban una escasa efectividad e importantes efectos secundarios. Esta controversia se puso de manifiesto en el aumento de dosis y en la prolongación de los tratamientos mercuriales. A pesar de esto, se ha señalado que la posición favorable del eminente sifilólogo Alfred Fournier (1832-1914) estableció la terapéutica a base de mercurio como el tratamiento de elección para los lúeticos. Véase: Karamanou, M., Kyriakis, K., Tsoucala, G. y Androutsos, G. (2013). Hallmarks in history of syphilis treatment. *Le Infezioni in Medicina*, 4, 317–319, p. 317. Sobre la historia del tratamiento de la sífilis se puede consultar también: Gelpi, A. y Tucker, J. D. (2015). After Venus, Mercury: syphilis treatment in the UK before Salvarsan. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 68; Parascandola, J. (2009). From mercury to miracle drugs: syphilis therapy over the centuries. *Pharmacy in History*, 51(1), 14 – 23; Sartin, J. S. y Perry, H. O. (1995). From mercury to malaria to penicillin: the history of the treatment of syphilis at the Mayo Clinic, 1916–1955. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32(2), 255 – 261; Tilles, G. y Wallach, D. (1996). [History of the treatment of syphilis with mercury: five centuries of uncertainty and toxicity]. *Revue D'histoire de La Pharmacie*, 44(312 suppl), 347 – 351.

²¹¹⁹ Faure, M. (1907). El tratamiento mercurial en la tabes y tuberculosis. *Archivo de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 5, 162–164.

²¹²⁰ Perdomo Hurtado, B. (1919). Relación de un caso de epilepsia, de origen específico, curado con el mercurio. *Clínica Moderna*, 18, 122–124.

²¹²¹ Morel, P. y Quétel, C. (2000). Balance de las terapias a fines del siglo XVIII. En J. Postel, y C. Quétel (coords.). *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 127–135). México: Fondo de Cultura Económica, p.130.

fumigaciones donde los gases eran absorbidos por el pulmón o inyecciones²¹²², siendo esta última la forma de aplicación documentada en Leganés²¹²³. Salas y Vaca, a principios del siglo XX señalaba su preferencia por la administración intramuscular de disoluciones acuosas de benzoato de mercurio con cocaína sobre el resto y, especialmente las fricciones, por su mejor tolerancia que describía de la siguiente manera:

*“Las disoluciones acuosas de benzoato de mercurio con cocaína no producen fenómenos locales; pueden inyectarse en gran cantidad, sin temer fenómenos tóxicos; no producen síntomas de eliminación mercurial, y por efecto de su condición orgánica, o por su mayor peso atómico quizás, producen en poco tiempo una curación real del proceso sifilítico”*²¹²⁴.

Por otra parte, Enrique Fernández Sanz recomendaba la *“inyección intrarraquídea de una larga e intensa mercurialización y salvarsanización vía endovenosa”* con la que *“nunca he tenido que lamentar ningún incidente serio ni complicación desagradable”*, aunque admitía que se trataba de un procedimiento no exento de peligros²¹²⁵. A pesar de los importantes efectos tóxicos generalmente derivados del tratamiento²¹²⁶, no hemos podido determinar la tolerabilidad que presentaron los pacientes de Leganés al no encontrar ninguna alusión a los efectos indeseados en las historias clínicas.

Los preparados mercuriales, habituales en las farmacias de los hospitales y psiquiátricos decimonónicos y de las primeras décadas del siglo XX, se utilizaron en instituciones como el Manicomio de Navarra, donde se emplearon para el tratamiento de parálisis en los que, según Gurriá, *“la marcha progresiva del mal se ha podido detener con el tratamiento mercurial, cuya terapéutica es de rigor emplear”*²¹²⁷.

Junto al mercurio, los arsenicales estuvieron también ampliamente difundidos en la medicina y psiquiatría finisecular²¹²⁸. Empleados, entre otras funciones, como tónicos neuroestimulantes²¹²⁹, se indicaban para el tratamiento de diversas patologías psiquiátricas y neurológicas como la neurastenia y las neuralgias²¹³⁰, epilepsia, anemia, idiotismo²¹³¹,

²¹²² Leitner, R. M. C., Korte, C., Edo, D. y Braga, M. E. (2007). Historia del tratamiento de la sífilis. *Revista Argentina de Dermatología*, 88(1), 6–19 y Azúa, J. (1909). Preparación de los calomelanos, salicilato de mercurio, y óxido amarillo de mercurio, para inyecciones, según la fórmula de aceite gris de Lang. *Actas Dermosifiliográficas*, 1, 105 – 108.

²¹²³ Historia clínica XX-472. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

²¹²⁴ Salas y Vaca, J. (1905c). El Benzoato de Mercurio en la sífilis. *Revista de Especialidades Médicas*, 105–108, p. 108.

²¹²⁵ Fernández Sanz, E. (1917b). Sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas. *Siglo Médico*, 64, 846 – 849.

²¹²⁶ Los efectos indeseados consistían en toxidermias mercuriales, estomatitis, alteraciones renales, hepáticas, del sistema nervioso, de los órganos de los sentidos, anemias, fiebres, trastornos nutricionales y caquexia. Leitner, R. M. C., Korte, C., Edo, D. y Braga, M. E. (2007), p.13.

²¹²⁷ Aztarain Díez, J. (2005), p. 332.

²¹²⁸ Esteve de Sagrera, J. (2005). *Historia de la farmacia. Los medicamentos, la riqueza y el bienestar*. Barcelona: Masson, p. 302.

²¹²⁹ Aztarain Díez, J. (2005), p.59 y Crespillo Calleja, J. (1986), p.197.

²¹³⁰ Muñoz, S. (2007), p. 151 y 163

²¹³¹ Barr, M. W. (1904). *Mental defectives, their history, treatment and training*. Philadelphia: P. Blackiston's Son & Co., p.223.

sífilis²¹³², melancolía²¹³³ o morfinomanía, en la que se administraban como un sustituto de la morfina²¹³⁴.

Entre 1900 y 1931 se ha contabilizado la utilización de medicación arsenical en ocho pacientes. En uno de ellos, institucionalizado en 1912 y diagnosticado de psicosis alcohólica, no se detalló en la historia clínica el tipo de preparado:

*"Ingresa sin darse cuenta del carácter del establecimiento y solo convencido de que (...) operarse una hernia. A los pocos días sufre una gran excitación que dura con alternativos algunos días. Se resiste al tratamiento de hidroterapia templada y a la medicación tomada arsenical. Se ofrece un cuadro algo más tranquilo"*²¹³⁵.

Entre los diferentes derivados arsenicales, especificados en las historias clínicas, hemos registrado el ya citado nuclearsitol, pautado a P., un varón de 50 años de edad que ingresó en la institución *"por consejo del Dr. Fernández Sanz"* en abril de 1923 por una psicosis funcional²¹³⁶, y el neosalvarsán, administrado en dos ocasiones. En primer lugar se aplicó, junto al yodobismutato de quinina y la sulfosina, a un varón, internado en agosto de 1930 y diagnosticado de parálisis general progresiva, que le había producido *"trastornos físicos avanzados de demencia paralítica (amnesia, disartria, rigidez pupilar, deambulación torpe etc.)"*²¹³⁷. El estado de este paralítico no mejoró a pesar del tratamiento y, menos de un año después de su llegada al establecimiento, Aurelio Mendiguchía certificaba su fallecimiento a causa de su patología luética. En segundo lugar, el neosalvarsán se administró también a una mujer, ingresada en febrero de 1927 por una psicosis presenil, que fue tratada con *"inyecciones de este fármaco por vía endovenosa y punciones lumbares repetidas sin obtener resultado hasta la fecha"*²¹³⁸.

El neosalvarsán (*magic bullet*), arsenical trivalente llamado neoarsfenamina o "914", fue desarrollado por el nobel Paul Ehrlich (1854-1915), en 1912, a partir del salvarsán o "606" para evitar sus problemas de autooxidación²¹³⁹. Conviene señalar que este último,

²¹³² Bellogin, A. (1902). *Prontuario sinóptico de farmacografía moderna*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas, p. 294; Postel, J. (2000). La Parálisis general. En Postel, J. y Quétel, C. (coords). *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 198-208). México: Fondo de cultura económica, p.208.

²¹³³ Clouston, T. (1892). *Clinical Lectures on Mental Diseases*. London: J. & A. Churchill, p.44.

²¹³⁴ Maugeais, P. (2000). Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas. En J. Postel y C. Quétel (coords). *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 263-270). México: Fondo de cultura económica, p.269.

²¹³⁵ Historia clínica XX-334. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹³⁶ Historia clínica XX-702. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹³⁷ Historia clínica XX-982. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹³⁸ Historia clínica XX-810. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

²¹³⁹ García Sánchez, J. E., García, E. y Merino, M. L. (2010). Cien años de la bala mágica del Dr. Ehrlich (1909-2009). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(8), 521–533, p.529. La expresión "bala mágica" fue acuñada por Ehrlich durante la primera década del siglo XX, inspirándose en sus experiencias con técnicas de tinción, en las que un determinado colorante se fijaba sobre una parte específica de un microorganismo o de una célula, por ejemplo bacterias específicas, lo que sugería que una sustancia química adecuada podría dirigirse a los agentes responsables de una enfermedad y evitar el huésped. Véase: Kirkby, K. C. (2007). Consecuencias socio-sanitarias de la introducción clínica de los psicofármacos. En López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la*

introducido también por el médico alemán en colaboración con Sahachiro Hata (1873-1938) en 1910²¹⁴⁰, supuso una revolución en la terapéutica de la sífilis tras varios siglos de utilización de preparados mercuriales, al ofrecer una vía para detener la diseminación de la enfermedad antes de que alcanzara al sistema nervioso central²¹⁴¹. En España, la introducción de este tratamiento vendría de la mano de Eduardo García del Real, por entonces catedrático de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid²¹⁴² y Gregorio Marañón, uno de los primeros en escribir sobre las aplicaciones del "606"²¹⁴³. Al contrario que en otros establecimientos²¹⁴⁴, no hemos registrado ningún paciente tratado con salvarsán en el Manicomio de Leganés entre 1900 y 1931, cuestión que llama la atención ya que sus directores José Salas y Vaca y Enrique Fernández Sanz dedicaron atención a este derivado arsenical en la sesión del 20 de marzo de 1911 de la Academia Médico-Quirúrgica, tan sólo un año después de su descubrimiento. Fernández Sanz, aludiendo a la controversia generada en torno a la eficacia del tratamiento, concluía que:

*"El "606" es un valioso remedio de la sífilis nerviosa. Sus indicaciones parecen más seguras en los casos agudos (...) y se obtienen malos resultados en aquellos crónicos (...). Creemos, pues, que en estos periodos y en estas condiciones ha de resultar el "606" tan importante como el mercurio, y, en ocasiones, quizá de acción menos duradera"*²¹⁴⁵.

Por su parte, José Salas y Vaca, poniendo como ejemplo los resultados obtenidos en varios pacientes luéticos, establecía:

*"Es difícil con tan pocos elementos hacer un juicio definitivo; pero el hecho de curar lo reciente y no logrando modificar lo antiguo nos ofrece una pauta para la clínica neuropática, aprovechando su acción rápida en todos aquellos casos en que los síntomas prodrómicos denuncien la localización nerviosa de las lesiones específicas"*²¹⁴⁶.

En las historias clínicas, se han registrado alusiones a su utilización previa al ingreso en el Manicomio como es el caso de M., un médico diagnosticado de parálisis general progresiva

psicofarmacología (pp. 1435-1450). Madrid: Editorial Panamericana, p.1439. En España se ha considerado a Juan de Azúa Suarez el introductor ya que, el mismo año de su descripción, publicó sus experiencias con Neosalvarsán en doce pacientes diagnosticados, en su mayoría, de parálisis general progresiva. Véase: Azúa, J. (1912). El neosalvarsán: primeras impresiones clínicas. *Actas dermosifiliográficas*, 3, 107 – 153.

²¹⁴⁰ Schwartz, R. S. (2004). Paul Ehrlich's Magic Bullets. *New England Journal of Medicine*, 350, 1079-1080.

²¹⁴¹ Shorter señala que el júbilo general que se alcanzó dentro de la medicina en relación al desarrollo del "606", fue moderado entre los psiquiatras ya que, para que este compuesto fuera útil en la neurosífilis, debía emplearse de forma precoz. Shorter, E., p. 195.

²¹⁴² García del Real, E. (1910). El nuevo remedio de Ehrlich-Hata "606" contra la sífilis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 34, 89-97.

²¹⁴³ Río de la Torre, E. (1996), p.272. Sobre la importancia de la prensa en la difusión del 606, Fresquet Febrer, J. L. (n.d.). El 606 en España. Una historia de seis meses contada por la prensa, 12. *Anales de La Real Academia de Medicina de La Comunitat Valenciana*, 12, 1-23.

²¹⁴⁴ Miguel Gayarre publicó la aplicación de el "606" en diez parálisis ingresados en Ciempozuelos "sin resultado notable" concluyendo que "la terapéutica de la psicosis no ha sacado gran provecho del uso del salvarsán". Gayarre, M. (1912), p.89.

²¹⁴⁵ Fernández Sanz, E. (1911b). El Salvarsan "606" de Ehrlich-Hata en Neurología. *España Médica* (10 de abril de 1911), p. 12.

²¹⁴⁶ Salas y Vaca, J. (1911b). El "606" en Neurología. *España Médica*. (10 de abril de 1911), p. 12.

ingresado en agosto de 1927, que había sido tratado por Enrique Álvarez Sainz de Aja (1884-1965) con este medicamento²¹⁴⁷. Conviene señalar que Sainz de Aja, discípulo de Juan de Azúa Suarez (1858-1922) y fundador, junto a éste, de la revista científica *Actas Dermo-Sifiliográficas*, dedicó numerosos trabajos al tratamiento de la sífilis tanto con el "606" como con el neosalvarsán²¹⁴⁸.

Además, entre los pacientes de Leganés tratados con preparados arsenicales hemos hallado cuatro casos a los que se administró cacodilato de sosa. A T., una mujer que ingresó el 10 de octubre de 1922, cuando contaba con 28 años de edad, diagnosticada de "síndrome melancólico alternativo de la psicosis maniaco depresiva, demencia", se le proporcionó, junto a ovarina y extracto acuoso de opio ("extracto tebaico") a través de una inyección hipodérmica²¹⁴⁹. Esta misma vía de administración fue usada para tratar a V. con cacodilato de sosa, un paciente diagnosticado de debilidad mental, hospitalizado en 1924²¹⁵⁰. Los tratamientos con cacodilato restantes se aplicaron a un varón y una mujer si bien desconocemos más datos demográficos o clínico-terapéuticos debido a que no hemos encontrado las historias clínicas correspondientes²¹⁵¹.

El ácido cacodílico y el cacodilato de sosa, aislados por el químico Robert Wilhelm Bunsen (1811-1899) en 1840, vinieron a sustituir a los arsenicales tradicionales²¹⁵². Si bien se renunció al ácido cacodílico debido a su elevada toxicidad, equiparable al resto de preparados arsenicales, las propiedades terapéuticas del cacodilato de sosa comenzaron a difundirse debido a que, conteniendo una proporción importante de arsénico, era poco o nada tóxico²¹⁵³. Este tratamiento, indicado en todos los casos en que la nutrición general estaba comprometida como la tuberculosis, la anemia, paludismo, dermatosis o psoriasis²¹⁵⁴, se

²¹⁴⁷ Historia clínica XX-843. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁴⁸ [Report of the commemorative meeting on June 16, 1965 in memoriam of Drs. Enrique Álvarez Sainz de Aja and Xavier Vilanova Montiu]. (1965). *Actas Dermosifiliográficas*, 56(7), p. 217-231.

²¹⁴⁹ Historia clínica XX-676. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. La ovarina, administrado como opoterapia, era un polvo resultante de los ovarios vacunos sanos desecados, considerado como reconstituyente en las operadas de ovariectomía y en el periodo de la menopausia. Además, fue utilizado en la clorosis y en las afecciones cardíacas. Conviene señalar que la opoterapia, método terapéutico basado en el empleo de extractos de órganos de animales o de secreciones u hormonas producidas por las glándulas endocrinas para el tratamiento de las enfermedades, contaba con numerosas preparaciones de diversos materiales como la opocerebrina, apoprostatina, oposuprarrenina, opotiroidina, opohipofisina y ovarina, entre otros. Véase: Larra y Cerezo. (1899). *Anuario Médico-Farmacéutico*. Madrid: Administración de la "Revista de Clínica, Terapéutica y Farmacia", p. 125 y Bellogin, A. (1902), p.317 y 324.

²¹⁵⁰ Historia clínica XX-716. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁵¹ Ya hemos mencionado con anterioridad que algunos tratamientos han sido hallados en una documentación no archivada en las historias clínicas.

²¹⁵² En 1875 se aconsejó sustituir el ácido arsenioso por el ácido cacodílico. Hernando, T. (1911). Información dedicada al estudio del salvarsán ("606"). *España Médica*, 7, 4-5.

²¹⁵³ Sánchez Herrero, A. (1904). El tratamiento curativo de la tuberculosis. En *XIV congrès international: Madrid, 23-30 avril 1903 comptes rendus*. Madrid: Imprenta de J. Sastre y C. Alameda, p. 238. Disponible en: https://archive.org/stream/b28124170_0005/b28124170_0005_djvu.txt [consultado el 16 de septiembre de 2016].

²¹⁵⁴ Bellogin, A. (1902), p.85-86.

podía administrar por vía gástrica, rectal y subcutánea, siendo esta última la más segura²¹⁵⁵. En el terreno de la psiquiatría se utilizaba principalmente como tónico en afecciones como la neurastenia²¹⁵⁶. Además de en Santa Isabel, donde se ha objetivado la administración de este tratamiento hasta 1938²¹⁵⁷, los cacodilatos se utilizaron en otras instituciones psiquiátricas como el Manicomio de Conxo, aplicado junto a la hidroterapia para el tratamiento de una paciente diagnosticada de locura puerperal²¹⁵⁸. Así mismo, el uso de derivados arsenicales se ha documentado también en el Manicomio de Nueva Belén²¹⁵⁹, en Barcelona, y en Ciempozuelos²¹⁶⁰.

Tras de la introducción de los salvarsanes, el siguiente paso en la terapéutica de la lúes fue la aplicación de las sales de bismuto, conocidas como trepanomicidas desde 1917, cuando Harvey Williams Cushing (1869-1939) dio a conocer el poder espirilicida de éstas en las gallinas²¹⁶¹. Posteriormente, en 1921, Constantin Levaditi (1874-1953) y Robert Sazérac introdujeron este metal en la terapéutica de la sífilis humana como un compuesto menos toxico que los anteriores. Los autores señalaron que, tras la terapia con bismuto, distribuido para su administración en forma de 20 inyecciones intramusculares, las manifestaciones clínicas de la sífilis desaparecían y la reacción de Wassermann se negativizaba²¹⁶². En España, durante los años veinte, se pueden rastrear diversas publicaciones que abordaban los resultados de este tratamiento en la parálisis general progresiva como las de Rodríguez Lafora²¹⁶³, Román Alberca (1903-1967)²¹⁶⁴ o José Sánchez Covisa (1881-1943)²¹⁶⁵. Marín Agramunt consideraba de igual valor curativo las sales de bismuto que los demás anti luéticos, aunque admitía que eran mejor toleradas, especialmente en los casos de neurosífilis cuaternaria y administrada por vía endovenosa²¹⁶⁶.

²¹⁵⁵ Torres Casanovas, D. (1901). Tuberculosis pulmonar. *Revista de especialidades médicas*, p.427-430.

²¹⁵⁶ Ots y Esquerdo, V. (1901). Locura Neurasténica. *Revista de Especialidades Médicas*, p. 385-388.

²¹⁵⁷ Crespillo Calleja, J. (1986), p.305-306.

²¹⁵⁸ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquia, C. X. (2013), p.379.

²¹⁵⁹ Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2004), p.96.

²¹⁶⁰ Acero Sáez, C. (1997), p. 329.

²¹⁶¹ Marín Agramunt, J. (1922). Las sales de bismuto en la neurosífilis. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 7, 109 – 117, p. 110.

²¹⁶² Karamanou, M., Kyriakis, K., Tsoucalas, G. y Androutsos, G. (2013), p. 318.

²¹⁶³ Rodríguez Lafora, G. (1926b). El tratamiento intrarraquídeo de la tabes por el bismuto. *Medicina Ibera*, 20, 109-113; Rodríguez Lafora, G. (1927). Las artropatías tabéticas y la terapéutica intrarraquídea por el bismuto. *Siglo Médico*, 79, 105-106.

²¹⁶⁴ Román Alberca Lorente impartió, en 1921, un ciclo de conferencias sobre el tratamiento de la sífilis con compuestos de bismuto que el mismo había desarrollado. Véase: Sáez Gómez, J. M., Maset Campos, P., Aguinaga Ontoso, E. y López Fernández, C. (2013). Las dificultades para la investigación científica en la España de la primera mitad del siglo XX. El caso paradigmático de un psiquiatra de prestigio: Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903-Murcia, 1967) En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.) (pp. 301-310). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 203-210). Madrid: AEN, p. 204.

²¹⁶⁵ Sánchez-Covisa, J. S. (1923). El bismuto en el tratamiento de la sífilis. *Anales de la academia médico-quirúrgica española*, 11, 7-32.

²¹⁶⁶ Marín Agramunt, J. (1922), pp. 113 y 117.

En Santa Isabel hemos registrado el tratamiento de tres paralíticos con inyecciones de Quimby®, compuestas a base de yodobismutato de quinina. Destacar que la quinina, un alcaloide extraído de la flora americana (*quina cinchona*) al que se le atribuyó, además de propiedades curativas contra el paludismo, una función tónica²¹⁶⁷, fue descubierta por Pierre Joseph Pelletier (1788-1842) y Jean Bienaime Caventou (1795-1877) entre 1818 y 1820²¹⁶⁸.

El primer paciente al que se le proporcionaron estas inyecciones se trataba de un varón de 40 años de edad, ingresado en Leganés desde el 30 de mayo de 1923 por un "síndrome paralítico general". Más de un año después, entre el 19 y el 30 de julio de 1924 se le administraron cuatro inyecciones intramusculares de Quimby®. Este tratamiento se instauró, según la historia clínica, debido al *"resultado del análisis practicado al enfermo de su líquido cefalorraquídeo previa punción lumbar"* que *"ha dado las reacciones de la sífilis según informe verbal del Dr. Salas y Vaca"*. No obstante, el paciente no mejoró y, en noviembre de ese mismo año, Mendiguchía anotaba lo siguiente:

*"Durante todo el tiempo transcurrido desde su ingreso no ha tenido variantes sus actos apreciándose un estado de melancolía, de tristeza, de honda pesadumbre, siendo su estado producido por verse en el Manicomio; pero resignándose con su suerte sin apreciarse hasta ahora reacciones e impulsos violentos. Por el contrario es muy respetuoso (...)"*²¹⁶⁹.

En la hoja de entrada y vicisitudes de este interno, que permaneció en la institución hasta su fallecimiento por "angina de pecho" tres años más tarde, se registró el cambio de diagnóstico de parálisis general al de esquizofrenia catatónica, al terminar el periodo de observación.

El segundo paciente tratado con yodobismutato de quinina ingresó en Leganés, en junio de 1924, por una parálisis general progresiva con alteraciones significativas en la memoria y atención, además de *"debilidad psíquica global"*. Este luético recibió las inyecciones de Quimby® durante el mismo período que el anterior. Aunque no conocemos con certeza el motivo de dicha coincidencia, es posible que no siempre dispusieran de dichas inyecciones.

Por último, el bismuto se aplicó también a un tercer paralítico, hospitalizado en agosto de 1930 con *"trastornos físicos avanzados de demencia paralítica"* y un *"estado mental muy débil"*. Este paciente, que había recibido malarioterapia antes de ingresar en la institución y

²¹⁶⁷ Montiel, L. y Puente, B. (2007), p. 80.

²¹⁶⁸ Muñoz, S. (1994). *Historia de la farmacia en la España moderna y contemporánea*. Madrid: Síntesis. Se ha descrito que la medicina científica comenzó hace más de 3 siglos con la demostración que realizó Thomas Sydenhan (1684-1689) de que la quinina contenida en la corteza del árbol de la quina poseía un efecto específico sobre el paludismo. Véase: Roy, V. y Roy, T. (2007). El placebo en psiquiatría, contexto histórico. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1539-1565). Madrid: Editorial Panamericana.

²¹⁶⁹ Historia clínica XX-710. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

obtenido una remisión sintomática que le permitió *“reanudar su vida ordinaria”*, fue tratado a su llegada a Santa Isabel, con neosalvarsán, sulfosina y Quimby®.

No hemos registrado la aplicación de este metal a pacientes diagnosticados de epilepsia, a pesar de que existían experiencias del mismo en el tratamiento de los síndromes convulsivos²¹⁷⁰. En años posteriores, durante la Segunda República, se utilizaría, junto a la sulfosina, como sustancia piretoterápica²¹⁷¹ y, como medida terapéutica contra la lúes, en forma de bismuto metálico y canfocarboxilato de bismuto (canfobismol), durante la década de los cuarenta²¹⁷².

El inicio de los barbitúricos en Leganés

La introducción clínica, a partir de los primeros años del siglo XX con la comercialización, en 1904, por la compañía Farbwerke Fr. Bayer and Co. del primer barbitúrico, el dietil-barbitúrico o barbital, dio lugar a importantes cambios en el abordaje farmacológico de los trastornos neuro-psiquiátricos²¹⁷³. Este nuevo fármaco hipnótico, comercializado como Veronal® o Medinal® tenía propiedades sedativas, hipnóticas y anticonvulsivantes²¹⁷⁴. A partir de entonces, mediante pequeñas modificaciones de la estructura química de la molécula del ácido barbitúrico se llegaron a sintetizar más de 2500 sustancias distintas, entre los que cabe destacar el fenobarbital, con acción más prolongada que su predecesor. Creado en 1911 al sustituir uno de los grupos etilo por un radical fenil y, comercializado también como Luminal® o Gardenal®, junto a su predecesor, fueron aceptados por las distintas farmacopeas internacionales²¹⁷⁵.

En España encontramos trabajos sobre los diversos barbitúricos desde las primeras décadas del siglo pasado. Los primeros estuvieron dedicados al barbital, de modo que, en 1908,

²¹⁷⁰ Cebrián (1922). Un caso de epilepsia jacksoniana, específica, tratado con el quinio bismuto. *Progresos de la Clínica*, 23, 206-207.

²¹⁷¹ Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b), pp. 126-127.

²¹⁷² Crespillo Calleja, J. (1986), pp.322-323.

²¹⁷³ Sobre el control del sueño y la sedación antes de los barbitúricos véase: Muñoz, S. (2007), pp.142-159 y Sueur, L. (1997). The use of sedatives in the medical treatment of insanity in France from 1800 to 1870. *History of Psychiatry*, 8, 95 – 103.

²¹⁷⁴ Los barbitúricos fueron sintetizados en 1864 por Adolf Von Baeyer (1835-1917), y perfeccionados por el químico francés Edouard Grimaux (1835-1900) en 1879. Dos años más tarde, se sintetizó el barbital, aunque habría que esperar hasta principios del siglo XX para su introducción como hipnótico en Alemania por las compañías E. Merck y F. Bayer and Co., gracias a los trabajos de Josef Freiherr Von Mering (1849-1908) y Emil Fischer (1852-1919), premio Nobel de Química en 1902. Este nuevo fármaco hipnótico, al que se llamó Veronal®, fue patentado por Fisher en enero de 1903 y, 2 meses después, se publicaron los primeros datos científicos del barbitúrico. Véase: Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007). Sedantes e hipnóticos (II). El relevante papel histórico y farmacológico de los barbitúricos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 845-873). Madrid: Editorial Panamericana, p.849-851 y López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha Udabe, R. y Cuenca, E. (2005).

²¹⁷⁵ Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007), pp.850-851.

apareció un artículo sobre el Veronal®, al que José Sanfeliú consideraba “*insubstituible en psiquiatría*” para el tratamiento del insomnio por su eficacia y seguridad²¹⁷⁶. Un año más tarde, el Médico-Director de Baños José Morales publicaba otro trabajo abordando los efectos de este barbitúrico en el tratamiento de una mujer diagnosticada de histerismo convulsivo²¹⁷⁷. En la segunda década del siglo comienzan a aparecer las primeras obras centradas en el Luminal®. Destacan las difundidas por César Juarros y Ortega, que como hemos señalado, impartía clase a sus alumnos del Instituto Criminológico en el Manicomio de Leganés. Tras un primer trabajo consagrado al estudio de un caso de autointoxicación o veronalismo agudo en un paciente “neurósico”, después de ingerir 50 centigramos de Veronal®, publicó varios en los que se ocupaba del fenobarbital, poco tiempo después de su comercialización²¹⁷⁸.

En el Manicomio de Leganés se registró, entre 1900 y 1931, el tratamiento de nueve pacientes -tres con barbital y seis con fenobarbital- del total de ingresos producidos en ese periodo. El barbital bajo las presentaciones de Veronal® y Medinal® fue utilizado, si bien con escasa eficacia terapéutica, asociado a morfina, para el tratamiento del insomnio de cuatro días de duración que presentaba una religiosa, ingresada desde diciembre de 1922, por un síndrome paratímico y manía aguda, diagnóstico que posteriormente fue modificado por el de demencia hebefrenica²¹⁷⁹. Así mismo, este barbitúrico se administró para tratar las dificultades en el sueño durante el proceso de desmorfinización de dos morfinómanos, hospitalizados en 1926 y 1929²¹⁸⁰. Por otra parte, el fenobarbital, en forma de Luminal® y Gardenal® se pautó en seis pacientes entre 1920 y 1931, todos ellos diagnosticados de epilepsia excepto un morfinómano, al que se le aplicó, junto a otros sedantes, por un estado de “*inquietud motora y temblor de manos y piernas, frecuencia de pulso y anorexia completa*” acaecido durante el proceso de desintoxicación²¹⁸¹. Conviene señalar que con el fenobarbital, además de confirmarse el efecto hipnótico de los barbitúricos, se demostró, en 1912, el mismo año de su comercialización, que estos agentes tenían también propiedades anticonvulsivantes²¹⁸². A pesar de que este hallazgo fue bastante temprano, la difusión

²¹⁷⁶ Sanfeliú, J. (1908). El veronal en el insomnio. *Archivo de Terapéutica de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 6(33), 76-78.

²¹⁷⁷ Morales, J. (1909). Veronal. *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, 22, 449-450.

²¹⁷⁸ Juarros, C. (1914b). El luminal en el tratamiento de las crisis convulsivas. *Siglo Médico*, 61, 242-243; Juarros, C. (1921a). Nueve casos de epilepsia esencial tratados, durante más de tres años, por el luminal. *Siglo Médico*, 68, 573-575; Juarros, C. (1921b). Tratamiento de la epilepsia por el luminal. *Medicina Íbera*, 14, 366-367.

²¹⁷⁹ Historia clínica XX-680. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁸⁰ Historias clínicas XX-782 y XX-932. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁸¹ Historia clínica XX-932. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁸² Hauptmann, residente de psiquiatría en Freiburg, en Alemania, estuvo al cargo de una serie de pacientes epilépticos internados a los que trató con fenobarbital ante la imposibilidad que estos pacientes presentaban para dormir debido a la alta frecuencia de sus crisis epilépticas. Este médico observó que la incidencia de las crisis en pacientes tratados con dosis bajas de este compuesto

internacional del Luminal® como agente antiepiléptico se demoró, debido a la escasa repercusión, fuera de sus fronteras, de la revista alemana en la que Alfred Hauptmann (1881 - 1948) publicó su experiencia; y en segundo lugar, por el advenimiento de la Primera Guerra Mundial, de modo que, no fue hasta el comienzo de la década de 1930 cuando su uso se impuso definitivamente al de los bromuros²¹⁸³. Si bien Salas y Vaca, en 1911, refería haber usado Luminal® en cuatro epilépticos del Manicomio, consiguiendo una modificación del cuadro con mejoría clínica significativa²¹⁸⁴, dichos tratamientos no han podido contrastarse en las historias clínicas.

Tanto el barbitol como el fenobarbital se siguieron prescribiendo en Santa Isabel hasta la década de los cincuenta²¹⁸⁵. Concretamente, durante la contienda, se han registrado dos tratamientos con Luminal®, para tratar crisis epilépticas asociadas a manía y a “delirio agudo con agresividad”²¹⁸⁶. Además, una enfermera del Hospital Militar de Requetés de Leganés que precisó, durante la guerra, un ingreso breve por histeria, había realizado un intento de suicidio con cinco comprimidos de Veronal®²¹⁸⁷. Así mismo, en la posguerra, las terapias farmacológicas sedativas ocuparon un lugar preeminente y fueron administradas en 38 ocasiones (del total de 208 medidas terapéuticas aplicadas), siendo los más utilizados el Bromuro potásico y el Luminal®²¹⁸⁸.

Entre los barbitúricos, ocupó un lugar destacado la llamada narcosis prolongada o *Dauernarkose*, con el denominado somnifene o somnifeno. Esta sustancia, que producía un sueño prolongado, era una mezcla de ácido dietil y dipropenil-barbitúrico y dietilamina, desarrollado por el químico Ernst Preiswerk bajo las indicaciones de Max Cloëtta (1868-1940), profesor de farmacología en la Universidad de Zurich y asesor científico de Hoffman-La Roche²¹⁸⁹. El método, ideado por el médico suizo Jacob Kläsi (1883-1980), que trabajó con Bleuler en la Clínica Psiquiátrica de Zurich, consistía en la aplicación inicial de inyecciones subcutáneas de 0,001 cc de escopolamina (hioscina) y 0,01 cc de morfina, seguida, una media hora después, de una o dos ampollas de somnifén de 2 c. c., que podían

se reducía considerablemente, tanto durante la noche como por el día, concluyendo que esta sustancia contribuía a disminuir tanto la frecuencia como la intensidad de las convulsiones en la epilepsia. Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007), p. 858.

²¹⁸³ *Ibíd.*, p. 859.

²¹⁸⁴ Salas y Vaca, J. (1911a). Psicosis epilépticas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 93, 289 – 299.

²¹⁸⁵ Crespillo Calleja, J. (1986), pp.317-319.

²¹⁸⁶ Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012), p.241.

²¹⁸⁷ *Ibíd.*, p. 233-234.

²¹⁸⁸ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.212.

²¹⁸⁹ Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007), p. 852-853.

readministrarse cada pocas horas²¹⁹⁰. En España, la idea de tranquilizar a los pacientes previa psicoterapia había sido recogida por José María Villaverde y Larrar (1888-1936) que entabló una polémica en la revista *La Medicina Íbera* con Rodríguez Lafora sobre su efectividad²¹⁹¹. En la década de los años veinte, se sucedieron artículos sobre la técnica del sueño prolongado por somnifen o somnifene por neuropsiquiatras como Rodríguez Lafora, González Pinto o Sacristán²¹⁹².

En Leganés, se ha documentado el empleo del somnifeno en cuatro ocasiones, entre 1900 y 1931. Así, se usó, para tratar el insomnio tras una desmorfinización²¹⁹³, en un paciente diagnosticado de confusión mental²¹⁹⁴, para la agitación en un cuadro de manía por *"inquietud motora, insomnio, verborrea con incoherencia ideativa, asociación acelerada con fuga de ideas"*²¹⁹⁵ y en un paralítico con *"delirios persecutorios y de grandezas con gran agitación motora"*²¹⁹⁶.

Los opioides: entre el "pantopon" y la morfina

El opio²¹⁹⁷, sustancia administrada a lo largo de su historia en diversos preparados, adquirió especial relevancia cuando Thomas Sydenham (1624-1689) introdujo un compuesto de opio, azafrán, canela y clavo disueltos en vino²¹⁹⁸. Este "láudano de Sydenham" comenzó a extenderse en Europa y no tardaron en observarse las consecuencias nocivas de la

²¹⁹⁰ Windholz, G. y Witherspoon, L. H. (1993). Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *History of Psychiatry*, 4, 83-93. Estos autores sostienen que el uso prolongado estuvo relacionado con la escasez de medidas terapéuticas eficaces para tratar la esquizofrenia, declinando su empleo a mediados de los años treinta cuando emergieron otras terapéuticas como la insulina y el cardiazol. Se puede consultar también: López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha-Udabe, R. y Cuenca, E. (2004). El papel histórico de los barbitúricos en las "curas de sueño" de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatría Biológica*, 11, 242-251.

²¹⁹¹ Villaverde se mostró crítico con el método de Kläsi por lo que se negó a aplicarlo. Por su parte, R. Lafora, argumentando que había utilizado el método en cerca de un centenar de enfermos, acusó al médico vitoriano de *"actitud anticientífica, intransigente y negativa"*. Villaverde y Larrar, J.M. (1924). La narcosis continuada de Kläsi y sus aplicaciones terapéuticas. *La Medicina Íbera*, 18, 1052-1056; Rodríguez Lafora, G. (1924c). La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría. *La Medicina Íbera*, 18, 1061-1063; Rodríguez Lafora, G. (1924d). Sobre la narcosis prolongada por el somnifene en psiquiatría. *La Medicina Íbera*, 18, pp. 1157-1159; Villaverde y Larrar, J. M. (1925). Sobre la narcosis continuada por el somnifene en psiquiatría. *La Medicina Íbera*, 19, 53-58. Sobre Villaverde se puede consultar: Villalante Armas, O., Rey González, A., y Martí Biscá, J. V. (2008). José María Villaverde: retrato de un desconocido. *Medicina e Historia*, 1, 1-15.

²¹⁹² Otros artículos aparecidos en España sobre este método fueron los de Sacristán y González Pinto que la emplearon en pacientes afectos de psicosis maniaco depresiva: Sacristán, J.M. y González Pinto, J. (1924). La narcosis permanente de Kläsi en dos casos de psicosis maniaco-depresiva. *Archivos de Neurobiología*, 4 (2), 139- 150; Sacristán, J. M. (1925). Sobre el somnifeno en la psicosis maniaco-depresiva. *La Medicina Íbera*, 19, 188.

²¹⁹³ Historia clínica XX-932. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁹⁴ Historia clínica XX-960. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁹⁵ Historia clínica XX-959. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁹⁶ Historia clínica XX-992. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁹⁷ La primera referencia clara sobre el jugo de amapola (*papaver somniferum*), *opion*, se encuentra en los escritos de Teofrasto (371-287 a. C.) en el siglo III a. C. Zaragoza, F. y Villaescusa, L. (2007). Fitoterapia y psiquiatría. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1039-1056). Madrid: Editorial Panamericana, pp.1039-1041.

²¹⁹⁸ El médico inglés fue un claro defensor de la utilidad terapéutica del opio del que afirmaba que: *"sin el opio, el arte de curar no existiría"*. Véase: López-Trabada, J. R., Rubio, G., Pascual, J. y Vázquez, A. (2007). Utilización de las drogas de abuso en el tratamiento de las enfermedades mentales (II): Opiáceos, cannabis, estimulantes y alucinógenos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1095-1135). Madrid: Editorial Panamericana, p. 1095-1106.

administración crónica de esta sustancia, a la que también se le conferían propiedades terapéuticas²¹⁹⁹. Si bien inicialmente el opio fue utilizado en la práctica clínica como un remedio para afecciones como el insomnio o la diarrea²²⁰⁰, su utilización se fue ampliando, de manera que, a principios del siglo XIX, comenzó a considerarse como superior al resto de tratamientos físicos²²⁰¹. A lo largo de su historia, los opiáceos se han administrado, además de como analgésicos²²⁰², anestésicos²²⁰³ y anticonvulsivantes²²⁰⁴, en alteraciones como el insomnio²²⁰⁵, la manía, la melancolía, hipocondría²²⁰⁶, estados de ansiedad²²⁰⁷, delirium tremens²²⁰⁸, histero-epilepsia²²⁰⁹, histeria²²¹⁰ o para calmar los estados de agresividad y excitación²²¹¹.

El aislamiento de la morfina, en 1805, por Friedrich W. A. Sertürner (1783-1852), buscaba un fármaco que permitiese una dosificación más fiable y efectos más predecibles que el opio. La comercialización por la compañía Merck, en 1821, y el descubrimiento de la aguja hipodérmica, convirtieron a este alcaloide en el fármaco “moderno” por excelencia²²¹². No obstante, esta accesibilidad además de aumentar la incidencia del uso de opiáceos por esta vía, incrementó el número de adictos²²¹³.

En el Manicomio Nacional de Leganés se administraron opiáceos, entre 1900 y 1931, a ocho pacientes del total de ingresos producidos en ese periodo, lo que supone un 4,4% de las medidas terapéuticas aplicadas en esos años. A tres de ellos se les proporcionó Pantopón®, un preparado compuesto por todos los alcaloides del opio en su agrupación natural y en una

²¹⁹⁹ Cabrera, J. (2007). Las drogas de abuso como sustancias psicótropas y neurotóxicas: breve historia de las drogas. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1059-1078). Madrid: Editorial Panamericana, pp.1061-1065.

²²⁰⁰ Una de las figuras que más contribuyeron a la sistematización de los efectos terapéuticos de esta sustancia fue el psiquiatra inglés Henry Maudsley (1835-1918) que, en 1869, aconsejaba la utilización del opio en las primeras fases de la locura, por su eficacia en revertir algunos síntomas como el insomnio. *Ibidem*, p. 1061-1065.

²²⁰¹ *Ibidem*, p. 1061-1065.

²²⁰² Maldonado, R. y Valverde, O. (2007) Analgésicos opiáceos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 995-1013). Madrid: Editorial Panamericana, pp. 999-1000.

²²⁰³ González, J. (2007). El descubrimiento de los anestésicos y su relación con la psiquiatría. Desde los alucinógenos a la anestesia: un largo recorrido. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1017-1038). Madrid: Editorial Panamericana, p. 1029.

²²⁰⁴ López-Muñoz, F., Ucha-Udabe, R. y Álamo, C. (2004). Un siglo de barbitúricos en neurología. *Revista de Neurología*, 39(8), 767-775; Fernández Sanz, E. (1914d). Contribución clínica a la terapéutica de la epilepsia idiopática. *Los Progresos de La Clínica*, 4, 257-269, p. 262.

²²⁰⁵ Muñoz, S. (2007), p.171.

²²⁰⁶ Vallejo Nágera, A. (1929a), p. 131.

²²⁰⁷ Llinas, N. (1905b). Tratamiento de los grandes síndromes mentales: agitación, depresión, confusión. *Revista Frenopática Española*, 36, 389-391, p. 391.

²²⁰⁸ Castañeda, J. M. (1879-1880). Delirium tremens agudo. Curación rápida por el tártaro emético unido al opio. *Independencia Médica*, 11, 103-104.

²²⁰⁹ Bermejillo, A. (1885). Histero-epilepsia. *Siglo Médico*, 32, 344-346; 358-359, p. 346.

²²¹⁰ Muñoz, S. (2007), p. 151.

²²¹¹ Tuinier, S. y Verhoeven, W. (2007). El abordaje farmacológico de la agresividad: historia de los serenoides. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 943-962). Madrid: Editorial Panamericana.

²²¹² Samblás Tilve, P. (2002). César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía. ¿Cura u ortopedia? *Frenia*, 2(1), 123-137, p. 123.

²²¹³ Cabrera, J. (2007), pp. 1061-1065.

fórmula fácilmente soluble (clorhidratos), adecuada para inyecciones hipodérmicas, y comercializada por los laboratorios Hoffman-La Roche en 1909²²¹⁴. El primero, diagnosticado de demencia precoz e ingresado en el establecimiento desde el 20 de febrero de 1916, fue tratado con este medicamento, pautado para paliar un estado de excitación, dos meses después de su llegada a la institución. Así lo expresaba Ignacio del Mazo en una nota, con fecha de mayo de 1916:

*"Lleva tres días con acceso de delirio con ideas de grandeza y de persecución con movilidad continua y algo agresivo al contrariarle. Se le aísla en un cuarto y se le da una cucharada de jarabe de pantopón calmándose a la media hora"*²²¹⁵.

Este opiáceo también se aplicó a C., una melancólica de 38 años, hospitalizada en enero de 1930²²¹⁶ y E., una mujer internada a los 26 años de edad en noviembre de 1917 tras presentar dos *"accesos de perturbación mental en forma delirante, muy excitada"*. En la nota de entrada de esta maniaco depresiva, del Mazo prescribió *"permanencia en cama, baño prolongado y pantopón dos veces al día"*²²¹⁷. Desconocemos la evolución sintomática de esta paciente, dada de alta tres años después de ingresar por no regresar de una licencia de salida, tras la administración de estas medidas terapéuticas, ya que no figura información al respecto en la historia clínica. Se ha registrado además, la administración del "extracto tebaico" o extracto acuoso de opio, junto a la ya citada ovarina y el cacodilato, en la historia clínica de T., ingresada en octubre de 1922 diagnosticada de "síndrome melancólico alternativo de psicosis maniaco depresiva, demencia"²²¹⁸.

Así mismo, hemos contabilizado la aplicación de morfina en tres pacientes, dos varones diagnosticados de morfinomanía y una mujer con "síndrome paratímico, manía aguda", que posteriormente se cambió por el de demencia hebefrénica. A esta religiosa, que había prestado sus servicios previamente en la institución, hospitalizada en diciembre de 1922 por un *"estado de excitación grandísima, hablando frases sin sentido"*, se le administró morfina y Veronal® por insomnio, sin que éste remitiera hasta la aplicación de *"dos baños templados de larga duración"*²²¹⁹. Para el tratamiento de los dos morfinómanos, la propia morfina se prescribió en dosis decrecientes hasta su retirada por completo. Es el caso de E., que había entrado en el Manicomio, en mayo de 1926, cuando contaba con 28 años de edad, por un

²²¹⁴Se puede consultar: <http://historiadelmedicamento.es/index.php/es/component/phocagallery/75-estupefacientes/detail/2701-pantopon4> [consultado el 23 de septiembre de 2016].

²²¹⁵ Historia clínica XX-447. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²¹⁶ Historia clínica XX-962. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²¹⁷ Historia clínica XX-530. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²¹⁸ Historia clínica XX-676. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²¹⁹ Historia clínica XX-680. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

consumo de morfina que alcanzaba los cinco gramos diarios. Al ingresar se le administraron de uno a dos gramos por día y se realizó una desmorfinización, comenzando con 50 centigramos por día, en cuatro inyecciones y bajando de dos en dos centigramos, hasta la supresión. El tratamiento, que resultó curativo tan sólo un mes después de ser internado el paciente, le permitió salir de licencia en agosto del mismo año, de la que no regresó, siendo tramitada su alta administrativa en noviembre de 1926²²²⁰. Tres años más tarde se realizó otra desintoxicación de morfina a V., un médico *“emotivo y sugestionable fácilmente”* con antecedentes de haber sido desmorfinizado en su domicilio sin éxito, y que ingresó en Santa Isabel el 10 de mayo de 1929 *“por su propia voluntad con el deseo de retirar la morfina de su organismo”*. El tratamiento se instauró el mismo día de su llegada al establecimiento y, a lo largo de los trece días siguientes, se redujo progresivamente desde la dosis inicial de cuarenta centigramos de morfina para acabar con Medinal®, preparado compuesto, al igual que el Veronal®, por barbital (figura 3). Tras la finalización del mismo, Mendiguchía redactaba:

*“Los días 23 y 24 ha tenido periodos de confusión mental con inquietud motora y temblor de manos y piernas, frecuencia de pulso y anorexia completa. Se le puso dos c.c. de somnifeno, dos pastillas de sacersan y una de luminal. El 25 y 26 baños templados de 37° por largo tiempo que produjeron una sedación beneficiosa para que pudiera conciliar el sueño no inyectando somnifeno y sustituyendo sacersan por bromuro y cloral cuatro gramos de aquel por uno de este. Los primeros días se dieron tónicos cardíacos y purgantes salinos, agua alcalina y reposo absoluto en cama. El día 25 puede considerarse concluido el tratamiento de desmorfinización sin consecuencias desagradables”*²²²¹.

²²²⁰ Historia clínica XX-782. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²²¹ Historia clínica XX-932. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

AÑO	MES	DIA				
1919	Mayo	10	Dosis cuarenta centigramos - morfina			
"	"	11	10 centy	- 4 centy	- 8 centy	- 13 centy = 35
"	"	12	9 centy	- 3 "	- 7 "	- 12 " = 31.
"	"	13	8 "	- 2 "	- 6 "	- 11 " = 27.
"	"	14	7 "	- 1 "	- 5 "	- 10 " = 23.
"	"	15	6 "	- 0 "	- 4 "	- 9 " = 19.
"	"	16	5 "	- " "	- 3 "	- 8 " = 16.
"	"	17	4 "	- " "	- 2 "	- 7 " = 13.
"	"	18	3 "	- " "	- 1 "	- 6 " = 10.
"	"	19	2 "	- " "	- " "	- 5 " = 8.
"	"	20	2 "	- " "	- " "	- 5 " = 4.
"	"	21	1 "	Medial	Elipsoide	2 = 5.
"	"	22	1 "	"	"	H = 4.
"	"	23				

El día 23 y 24 ha tenido periodos de confusión mental con inquietud motora y temblor de miembros y pierues, presencia de pulso y sudoración completa. Se le puso 10 cc. de salicilatos, dos pastillas de benzoato y una de laudina. El 25 y 26 siguió templado de 37° por largo tiempo que produjo una sedación beneficiosa para que pudiera descansar el sueño, no inquietando salicilatos y refiriéndose a laudina por bromuro y cloral. El 27 y 28 de laudina por uno de este. El primer día se dio salicilatos caríacos y purgantes salinos, agua alcalina y refrito absoluto en la noche. Hay día 27 puede considerarse el clausurado el tratamiento de desmorfización sin consecuencias desagradables.

El 29 y 30 salio con licencia de dos meses.

El 31 y 1 de junio salio con la licencia definitiva por no presentarse al terminar el periodo de licencia cautiva =

El subse facultativo.

Francisco Mendiola

Figura 3. Tratamiento de desmorfización. Fuente: Historia clínica XX-932. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

Conviene recordar que, a finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, se publicaron los primeros textos españoles que abordaron el problema del morfinismo. Entre

estos destaca la obra de César Juarros que, en 1920 difundió su *Tratamiento de la Morfinomanía*²²²², impulsado, en palabras de Samblás Tilve, por un innegable afán científico y eludiendo los tintes panfletarios empleados en las publicaciones que otros médicos de la época dedicaron a esta patología. En este trabajo, el psiquiatra madrileño acometió la doble tarea de recopilar los tratamientos de deshabituación disponibles y acercar estos conocimientos a otros profesionales con menos experiencia²²²³.

Por último, se ha registrado la utilización de tintura de opio en gotas, preparada a partir del extracto seco por maceración en alcohol de 70°, de forma que quedara al 1% de morfina²²²⁴. Esta tintura de opio junto a inyecciones de nucleinato intramusculares fue administrada a una mujer diagnosticada de manía aguda que ingresó en la institución en octubre de 1928²²²⁵. El nucleinato de sodio, resultante de la combinación de sodio y ácido nucleínico, formaba parte de las llamadas medicaciones leucogénicas que buscaban el tratamiento de las enfermedades mentales, principalmente las psicosis y la parálisis general progresiva a través de la producción de una leucocitosis²²²⁶. Descrito por Donath²²²⁷, en 1913, en una comunicación en la que refería un 53% de remisiones e introducido en España por Gonzalo Rodríguez Lafora²²²⁸. Se basaba en la hipótesis autotóxica defendida por Kraepelin, según la cual la psicosis sería consecuencia de una reacción autoinmune del organismo que justificaba la aplicación de métodos terapéuticos destinados a frenarla²²²⁹. José Salas y Vaca, a finales de los años veinte, señalaba haber observado resultados terapéuticos limitados con esta medicación²²³⁰, opinión compartida por otros médicos coetáneos como Pedro Álvarez Nouvilas²²³¹. Los nucleinatos, que el director de Santa Isabel refería utilizar en la propia institución de forma sistemática²²³², y que tan sólo se han registrado en la citada

²²²² Juarros, C. (1920). *Tratamiento de la Morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja.

²²²³ Samblás Tilve, P. (2002), p. 126.

²²²⁴ Crespillo Calleja, J. (1986), p.345.

²²²⁵ Historia clínica XX-908. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²²⁶ Medellín, J. M. (1914). *Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva*. Tesis doctoral. Universidad de Bogotá, Bogotá (Colombia), p.23-24.

²²²⁷ Véase Vallejo Nágera, A. (1928c). El tratamiento moderno de la demencia precoz (Esquizofrenias). *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 11, 470-475, p. 472. También puede consultarse en Plumed Domingo, J. y Rojo Moreno, L. M. (2010). El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios de siglo (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 163-169, p. 42.

²²²⁸ López-Muñoz, F., Álamo, C. y Molina, J. D. (2009).

²²²⁹ Plumed Domingo, J. y Rojo Moreno, L. M. (2010). El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios de siglo (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 163-169, p. 164.

²²³⁰ Salas y Vaca, J. (1929), p.31.

²²³¹ Álvarez Nouvilas, P. (1932), p. 79.

²²³² Salas y Vaca, J. (1929), p. 31.

maniaca, también se han descrito en las primeras décadas del siglo XX en otras instituciones como el Hospital del Sagrado Corazón en Málaga²²³³.

En el Manicomio Nacional de Leganés se ha registrado el empleo de opiáceos, desde 1879 y hasta bien entrado el siglo XX, bajo diversas formas farmacéuticas como el opio, pantopón, extracto tebaico, morfina, tintura de opio, ampollas de morfina-escopolamina, oxicodona o papaverina²²³⁴. Concretamente, la tintura de opio y las ampollas de morfina-escopolamina, se administraron como métodos piritoterápicos tanto en la Segunda República como durante la posguerra²²³⁵. Estos opioides fueron utilizados en otras instituciones manicomiales de la época como el Manicomio de Conxo donde se ha documentado el uso de opio, junto a los bromuros, baños y tónicos para tratar una manía que ingresó en 1893²²³⁶. Por su parte, Norberto Llinas, médico interno del Manicomio de Sant Boi describía, en 1905, mejores resultados con la morfina que con el extracto tebaico²²³⁷.

A MODO DE MISCELÁNEA

Además de las medidas terapéuticas desarrolladas en las líneas precedentes, en las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en la Casa de Dementes de Santa Isabel entre 1900 y 1931, hemos registrado la utilización de otros tratamientos farmacológicos no especificados u otros pautados como remedios para afecciones no mentales.

Los “calmantes”, sin determinar en la historia clínica el principio activo, fueron administrados a cinco pacientes diagnosticados de parálisis general progresiva, a dos enfermos con manía aguda con alucinaciones, a una demencia senil con confusión mental y una neurastenia. Generalmente se administraron para el tratamiento de la agitación como en una de las maniacas, ingresada desde el 6 de mayo de 1905 que los precisó por un *“estado de gran excitación”*. La aplicación de éstos junto a los bromuros y la hidroterapia consiguieron la mejoría de esta sastra que un año después, en junio de 1906, mantenía un *“estado general bastante satisfactorio”*²²³⁸. Los “calmantes”, sin embargo, también se utilizaron como

²²³³ García Díaz, C., López Alonso, L. y Gutiérrez Castillo, D. (2013). Comparativa entre “las mujeres” ingresadas en la beneficencia y “las señoras” del hospital Sagrado Corazón: aproximación a las nuevas terapéuticas a principios de s. XX en Málaga. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 287-294). Madrid: AEN, p. 292.

²²³⁴ Crespillo Calleja, pp. 343-346.

²²³⁵ Conseglieri, A. (2008), pp.138 y 148.

²²³⁶ Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquia, C. X. (2013), p.379.

²²³⁷ Llinas, N. (1905a), p.358.

²²³⁸ Historia clínica XX-145. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

analgésicos, como ocurrió con un paciente neurasténico, hospitalizado también en mayo de 1905, al que se pautaron por dolor, dos meses después de ingresar²²³⁹. Este grupo de fármacos estaba recogido en el *Formulario de Medicamentos Modernos*, una clasificación terapéutica publicada en 1900 por Francisco Marín y Sancho en el *Siglo Médico* y, además de los citados bromuros, englobaban sustancias como el amoniaco, azafrán, cáñamo indiano, carvacrol o naftalán, entre otros²²⁴⁰. Es posible, sin embargo, que en el caso de la maniaca, éstos se refirieran a la administración de alcaloides, como la hioscina o escopolamina, opiáceos, barbitúricos o el hidrato de cloral, sustancias que frecuentemente se usaban en el abordaje de los estados de excitación o agresividad²²⁴¹. Precisamente este último se prescribió, como ya hemos apuntado, junto a los bromuros, a un paciente morfinómano para tratar el insomnio acaecido durante el proceso de desmorfinización²²⁴².

Los hipnóticos agrupaban, en el formulario de Moles y Novellas de 1909²²⁴³, a sustancias como los narcóticos, cloralamida, trional, dormiol, proponal, isopral, bromuro de potasio, neuronal, hedonal, hipnal, hipnona, metilal y somnal entre otros²²⁴⁴. En Leganés se pautaron "hipnóticos" a una maniaco-depresiva, hospitalizada desde agosto de 1915²²⁴⁵ y, junto a los citados calmantes, a una enferma ingresada en mayo de 1914 diagnosticada de demencia senil²²⁴⁶. La primera de ellas, que años antes había precisado un ingreso de tan solo tres meses de duración por un proceso de "anemia general con debilidad cerebral", sufría de "insomnios que resisten los innópticos (sic), hallándose más tranquila en las horas de la tarde, volviendo por las noches las alucinaciones y estado de agitación". Desconocemos la evolución clínica de la misma si bien es probable que mejorara ya que, a principios de 1916, se le concedió un permiso de salida del que no regresó²²⁴⁷.

Hemos registrado un tratamiento con trional, un hipnótico compuesto por dietil sulfonmetilmetano, de acción rápida y escasos efectos adversos, que se impuso el sulfonal²²⁴⁸. Este fármaco, no empleado, según Crespillo Calleja, en épocas previas o posteriores de la institución²²⁴⁹, se aplicó a un abogado internado en noviembre de 1901 por "lipemanía con

²²³⁹ Historia clínica XX-146. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁴⁰ Muñoz, S. (2007), p.159-160.

²²⁴¹ Tuinier, S. y Verhoeven, W. (2007).

²²⁴² Historia clínica XX-982. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁴³ Novellas, A. y Moles, E. (1909). *Formulario. Guía Farmacológica. Terapéutica y Análisis Químico-Farmacéutico*. Barcelona. Tomado de Muñoz, S. (2007), p.162.

²²⁴⁴ Muñoz, S. (2007), p.162.

²²⁴⁵ Historia clínica XX-241. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁴⁶ Historia clínica XX-384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁴⁷ Historia clínica XX-241. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁴⁸ Muñoz, S. (2007), pp.155, 162, 171.

²²⁴⁹ Crespillo Calleja, J. (1986), p. 317.

delirios de persecución", diagnóstico que, en un segundo ingreso, se cambió por el de locura intermitente. Se pautaron dos gramos de trional, junto a sesi gramos de bromuro potásico y permanencia en cama por "un estado de agitación grande, irritabilidad"²²⁵⁰. Así mismo, se ha objetivado el uso de hioscina en inyecciones, junto a hidroterapia, para un cuadro de manía aguda ingresado en 1927²²⁵¹. El aislamiento de la hioscina a partir de la hiosciamina durante la década de 1880, un alcaloide de la familia *solanaceae* con propiedades sedativas e hipnóticas²²⁵², proporcionó tratamientos alternativos a los bromuros, el hidrato de cloral o la morfina²²⁵³ y se convirtió en esencial para el tratamiento de los pacientes maniacos²²⁵⁴. En Leganés, además de para la citada maniaca, sólo se volvió a utilizar en la década de los cuarenta en un paciente diagnosticado de esquizofrenia hebefrenocatatónica²²⁵⁵.

Además de los diferentes grupos de sustancias sedativas abordados a lo largo del capítulo, en tres ocasiones se utilizaron "sedantes", de los que no se especificaba el grupo farmacológico. Éstos fueron administrados para el tratamiento de episodios de agitación en una psicosis puerperal, una demencia precoz hebefrénica-esquizofrenia hebefrénica y una confusión mental. Así, en la historia clínica de J., hospitalizada por psicosis puerperal en julio de 1928, Mendiguchía describía:

*"Durante su ingreso se ha tenido necesidad de recurrir a una medicación sedante (...) pues se encuentra en un estado de agitación motora violenta, con agresividad manifiesta a cuantas personas"*²²⁵⁶.

Esta sintomatología es similar a la que el mismo facultativo registraba en el expediente de S., una demente precoz que fue institucionalizada el mismo mes que la anterior:

*"Al ingresar en este Manicomio se aprecia un estado de excitación agudísima con insomnio, inquietud motora, verborrea, negativismo, ansiedad, impulsos que parecen encajar dentro de un cuadro de manía aguda. Ha tenido fases de remisión de síntomas debido a los sedantes administrados y al terminar el periodo de observación han desaparecido la agitación motora, verborrea y negativismo"*²²⁵⁷.

Es probable que los sedantes e hipnóticos se aplicaran de forma más frecuente a la registrada en las historias clínicas. De hecho, en el artículo sobre piretoterapia por medio de Sulfosin Leo®, difundido en 1930, por los facultativos del Manicomio, los autores señalaban

²²⁵⁰ Historia clínica XX-49. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁵¹ Historia clínica XX-808. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁵² Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007), p. 846.

²²⁵³ Ban, T. (2007). Psicofarmacología: El nacimiento de una nueva disciplina. En F. López-Muñoz, C. Álamo (dirs). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 577-597). Madrid: Editorial Panamericana, p. 578.

²²⁵⁴ Shorter, E. (1996), p. 198.

²²⁵⁵ Crespillo Calleja, J. (1986), p. 356.

²²⁵⁶ Historia clínica XX-885. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁵⁷ Historia clínica XX-886. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

como una de las primeras manifestaciones clínicas de este tratamiento, la sedación, *“hasta el extremo que durante el tratamiento no tuvimos necesidad de recurrir a los sedantes que corrientemente se emplean en la práctica psiquiátrica”*²²⁵⁸.

A estas terapéuticas habría que añadir dos epilépticos tratados con frascos de “medicación antiepiléptica”, en 1912 y 1914²²⁵⁹, no determinada en las historias clínicas. Fernández Sanz, en 1914, tras hacer una revisión de todos los medios terapéuticos disponibles para el abordaje de los síndromes convulsivos, entre los que citaba la dieta mixta lacto-ovo-vegetariana con decloruración y abstinencia de café, té, condimentos picantes y sal, el ácido bórico, los narcóticos, el lactato cálcico, los polvos de Weil - compuestos de bromo, hierro, hemoglobina y extractos aromáticos- o el bromuro, concluía que el bromuro potásico era el *“remedio de elección en el tratamiento de la epilepsia idiopática”*²²⁶⁰. Seis años más tarde, César Juarros rebatía este argumento defendiendo la superioridad del Luminal®²²⁶¹, a pesar de que unos años antes sus opiniones al respecto no diferían de las del médico consultor de Leganés²²⁶².

Entre las medidas terapéuticas aplicadas en las tres primeras décadas del siglo XX también hemos hallado la prescripción de un “tratamiento especial antialcohólico” a un paciente diagnosticado de alcoholismo y dipsomanía que mejoró, tal y como describía Ignacio del Mazo en 1911:

*“Por el carácter marcadamente dipsómano-alcohólico que particulariza a este asilado se le hace objeto de un tratamiento especial antialcohólico que los primeros meses del año desde cuya fecha y después de terminado el tratamiento se ha observado que este sujeto tan ansioso siempre de las bebidas alcohólicas especialmente del vino que solicitaba en cuanto ejecutaba cualquiera clase de trabajo, no ha vuelto a pedir sin desear bebida alguna de aquella clase, mostrándose indiferente por el uso de ellas”*²²⁶³.

Tradicionalmente, se aceptaba la falta de especificidad en el tratamiento de los diversos cuadros relacionados con el alcohol. En este sentido, Paul Marice Legrain (1860-1939), una de las figuras francesas más relevantes en la lucha contra el alcoholismo, señalaba que el abordaje de los estos pacientes comprendía un régimen de abstinencia de bebidas

²²⁵⁸ Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930), p. 205.

²²⁵⁹ Historias clínicas XX-332 y XX-371. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁶⁰ Fernández Sanz, E. (1914d).

²²⁶¹ Juarros, C. (1921).

²²⁶² Juarros, C. (1914). Sobre el tratamiento de la epilepsia se puede consultar también el artículo de Conrado Alt; Alt, C. (1910). Tratamiento dietético de los epilépticos. *Revista Frenopática Española*, 8, 275 – 279 y Rodríguez Morini, A. (1913). La picrotoxina, el arsénico y el bromuro potásico en el tratamiento de la epilepsia. *Revista Frenopática Española*, 11(132), 335 – 338.

²²⁶³ Historia clínica XX-11. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

alcohólicas y terapia por el trabajo acompañado de un cierto asesoramiento psicológico²²⁶⁴. Entre los fármacos utilizados como herramientas terapéuticas, a principios del siglo XX, destacaban la apomorfina, la ipecacuana y otros eméticos administrados con la finalidad de crear aversión al alcohol así como los preparados a base de belladona, hioscina y xantocilo²²⁶⁵.

En Leganés, así mismo, hemos objetivado la administración de trinitrina, el éter nítrico de la glicerina, especialmente indicado para el tratamiento de la angina de pecho²²⁶⁶. Este éter, también considerado como antihistérico²²⁶⁷, fue administrado a M., una mujer de 28 años diagnosticada de "delirio histérico con ninfomanía periódica" en noviembre de 1910, por "*mutismo absoluto con desaparición del periodo*". La paciente, institucionalizada cerca de ocho meses, también recibió hidroterapia en forma de "*balneación templada previamente enfriada*", que junto al hierro, originaron la reaparición del periodo y su posterior mejoría²²⁶⁸.

Entre la prescripción de tratamientos para síntomas ajenos a la patología mental, queremos señalar el suero antitiroideo y permanganato. El suero antitiroideo, extraído de terneras tiroidectomizadas que proporcionaba al enfermo hipertiroidismo todas las sustancias antitiroideas elaboradas en el organismo del animal operado²²⁶⁹, se administró, junto a hidroterapia en forma de duchas, a B., diagnosticada de parafrenia y demencia paranoide e institucionalizada desde julio de 1922 "*por presentar al reconocimiento fenómenos de insuficiencia ovárica con hipertiroidismo climatérico*"²²⁷⁰. De hecho, en 1916, Fernández Sanz, interesado por la especialidad de endocrinología, también lo utilizó, comunicando sus resultados favorables en una paciente con hipertiroidismo²²⁷¹.

Por último, las soluciones de permanganato al 1 por 4000, una sustancia con propiedades antisépticas²²⁷², se aplicaron a otra mujer, hospitalizada en abril de 1915 por un síndrome

²²⁶⁴ Prestwich, P. E. (1997). Paul-Maurice Legrain (1860-1939). *Addiction*, 92(10), 1255 – 1263.

²²⁶⁵ White, W. y Webber, R. (2007). Historia de la terapéutica farmacológica de los trastornos por abusos de sustancias. . En F. López-Muñoz, C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 887-898). Madrid: Editorial Panamericana, p. 889.

²²⁶⁶ Bellogin, A. (1902), p. 313.

²²⁶⁷ Muñoz, S. (2007), p. 159.

²²⁶⁸ Historia clínica XX-302. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁶⁹ Marañón, G. (1922). Primeros resultados de nuestra experiencia metabolimétrica de las afecciones endocrinas. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 62 (1), 85-91. Gregorio Marañón desarrolló una técnica para preparar estos sueros que, posteriormente, comercializaría el Instituto Llorente, entre otros. Mateo de la Hoz, M. (2016). *Historia del Instituto Llorente (1894-1997)*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p. 543.

²²⁷⁰ Historia clínica XX-673. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁷¹ Fernández Sanz, E. (1916c). *Anales de la Real Academia de Medicina*, 36(1), 300-305.

²²⁷² Larra y Cerezo. (1899), pp.34-35.

paranoide demencial, para tratar, una década más tarde, un *“edema cerrado hasta la raíz de los dedos”* en la pierna izquierda²²⁷³.

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LA POBLACIÓN MANICOMIAL

Hasta el momento se han estudiado los tratamientos prescritos en las tres primeras décadas del siglo XX, como hemos referido al inicio del presente capítulo, a través del registro de medidas terapéuticas en las 1041 historias clínicas. En este apartado, además de analizar la evolución temporal de la aplicación de estas medidas terapéuticas en Leganés, pretendemos estudiar su relación con las variables socio-demográficas y algunos aspectos clínicos de la población tratada en el Manicomio.

A pesar de que, en un alto porcentaje de las historias no se recoge ningún tipo de tratamiento²²⁷⁴, hemos registrado 114 casos en los que se empleó alguna alternativa terapéutica (10,4% del total de ingresos producidos entre 1900 y 1931), ya sea de manera aislada o en conjunto con otras (39,4% de la población tratada). En 109 fueron anotadas en los expedientes clínicos, mientras que en cinco, se realizaron unas hojas diferenciadas para anotar la evolución del mismo, no archivadas en los historiales. Dado que estas cuartillas no especifican a qué pacientes correspondían, se han excluido de la muestra al desconocer las variables clínicas y socio-demográficas.

Como parece lógico, el número de pacientes tratados es menor que en épocas posteriores (figura 4), ya que durante la Segunda República fueron internados 93 pacientes, de los cuales 20 recibieron algún tipo de tratamiento (22%), en la contienda civil se hospitalizaron 64 pacientes, siendo tratados 15 (23%)²²⁷⁵ y, a lo largo de los años de la posguerra se trataron el 28% del total de 615 ingresos²²⁷⁶.

²²⁷³ Historia clínica XX-415. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁷⁴ En estudios previos realizados con los pacientes ingresados en el siglo XIX, la administración de tratamientos se hallaba en torno al 17-20%. Crespillo Calleja, J. (1986), p. 617; Mollejo, E., Del Cura, M. y Huertas, R. (2004). La práctica clínica en el Manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En J. Martínez Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás Tilve y Del Cura González, M. (coords). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Murcia: Universidad de Castilla la Mancha.

²²⁷⁵ Conseglieri, A. (2008), p.135-136.

²²⁷⁶ Conseglieri Gámez, A. (2013), p. 231.

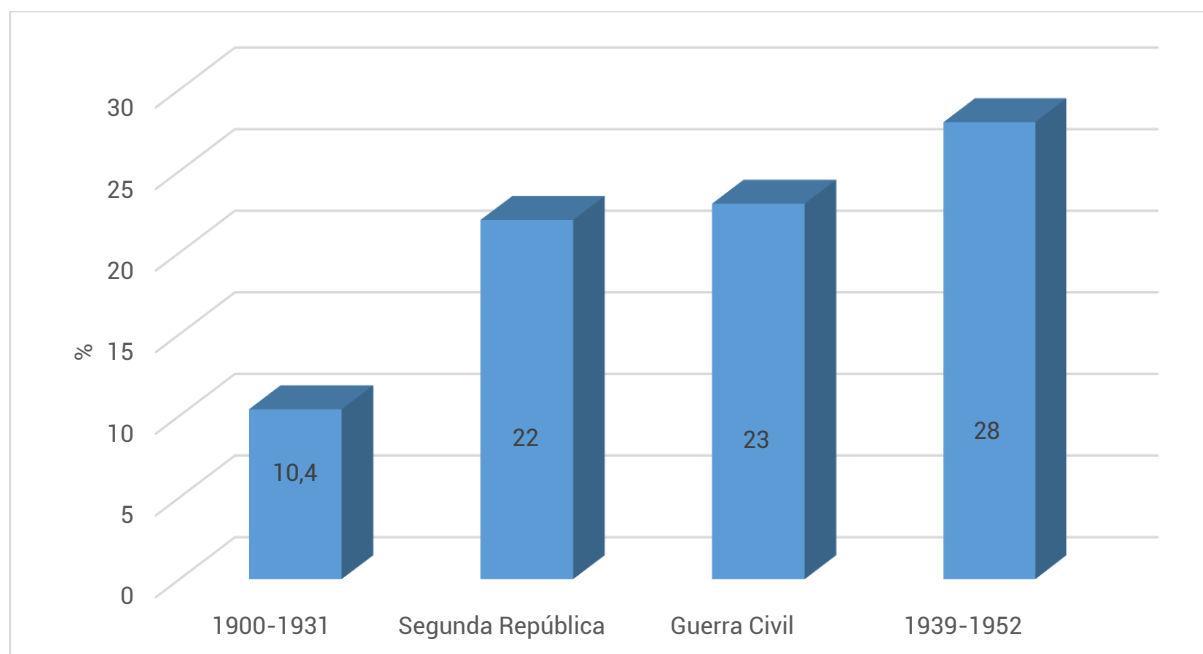


Figura 4. Pacientes que recibieron tratamiento según los diferentes periodos de ingreso en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1952)

Al estudiar los tratamientos a lo largo del tiempo se aprecia una tendencia general al aumento, siendo 1930 el año en el que más medidas terapéuticas se emplearon, con 21 tratamientos administrados, seguido de 1929, cuando se usaron 14 (figura 5). Observamos también que en algunos años, según el estudio de las historias clínicas, no se utilizó ninguna terapéutica en Santa Isabel, como 1900, 1908, 1919 y 1925, aunque, como ya se ha señalado, es probable que se administraran más tratamientos de los reflejados en los expedientes clínicos. El creciente empleo de alternativas terapéuticas se hizo, principalmente, a expensas de la piretoterapia en sus diferentes modalidades. Desconocemos si el aumento de los pacientes tratados se relacionó con la actividad de Enrique Fernández Sanz como Jefe Facultativo de la institución a partir de diciembre de 1929, autor que dedicó numerosos trabajos al estudio de la terapéutica de los enfermos mentales.

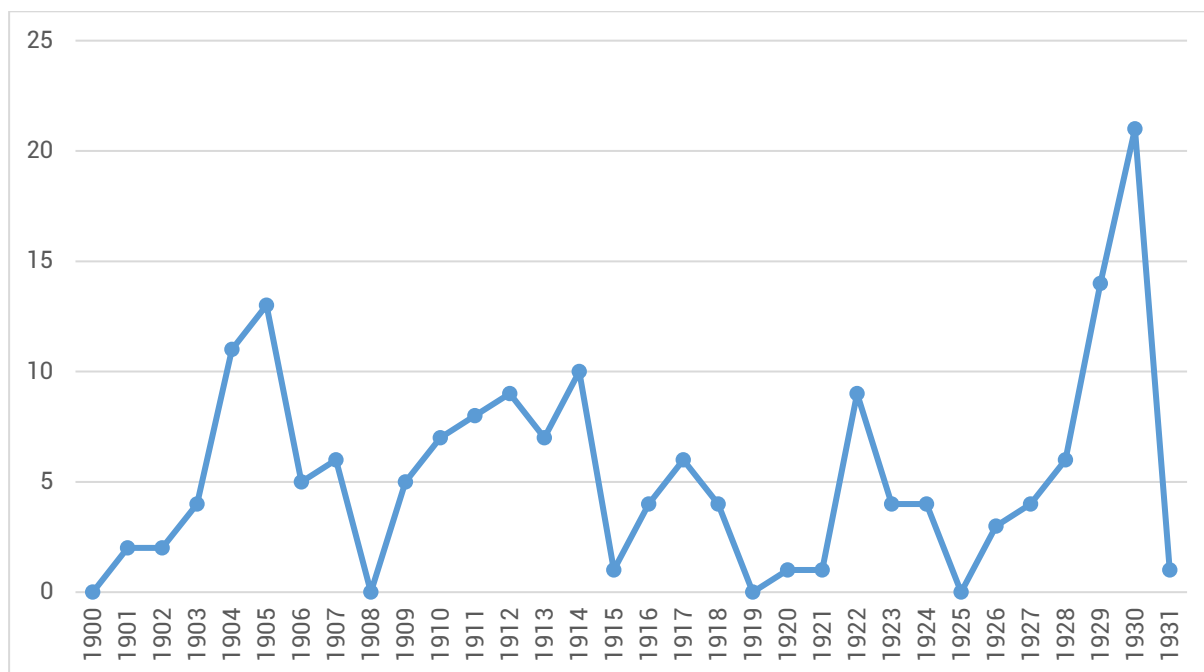


Figura 5. Evolución de los tratamientos en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931)

Al analizar la población tratada en función del sexo, no se aprecia una marcada diferencia entre los hombres, que constituyen el 52,3% de la muestra, y las mujeres (47,7%). Como se puede ver en la figura 6, la mayor parte de los pacientes (69,7%) ingresaron en la categoría de pensionista (de primera y segunda categoría y pensionista no especificado), proporción similar a la distribución por categorías de la población general.

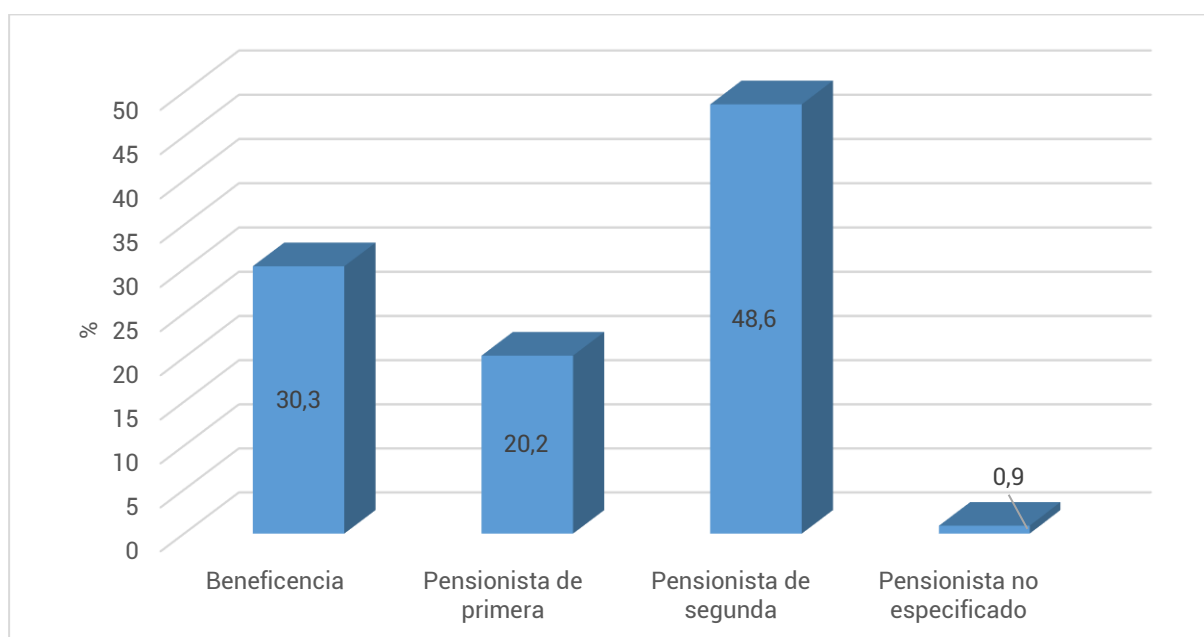


Figura 6. Distribución de la población tratada en el Manicomio Nacional de Leganés en función de la categoría administrativa de ingreso (1900-1931). N=109

Esta proporción se mantuvo en años posteriores como la posguerra, exceptuando el periodo de la guerra civil, en el que el 66% de los tratamientos se aplicaron a internados en la categoría de beneficencia²²⁷⁷. Los solteros son los que recibieron mayor cantidad de tratamientos (54%), siendo la edad media de los pacientes en el momento de recibir el tratamiento de 37,4 años (DE 13,63), con una mínima de 14 y máxima de 78. La mayoría tenían edades comprendidas entre los 26 y 40 años de edad (41,7%) y, entre los 41 y 65 años de edad (35,9%) (figura 7), datos similares a los obtenidos en el estudio con los pacientes ingresados durante la posguerra.

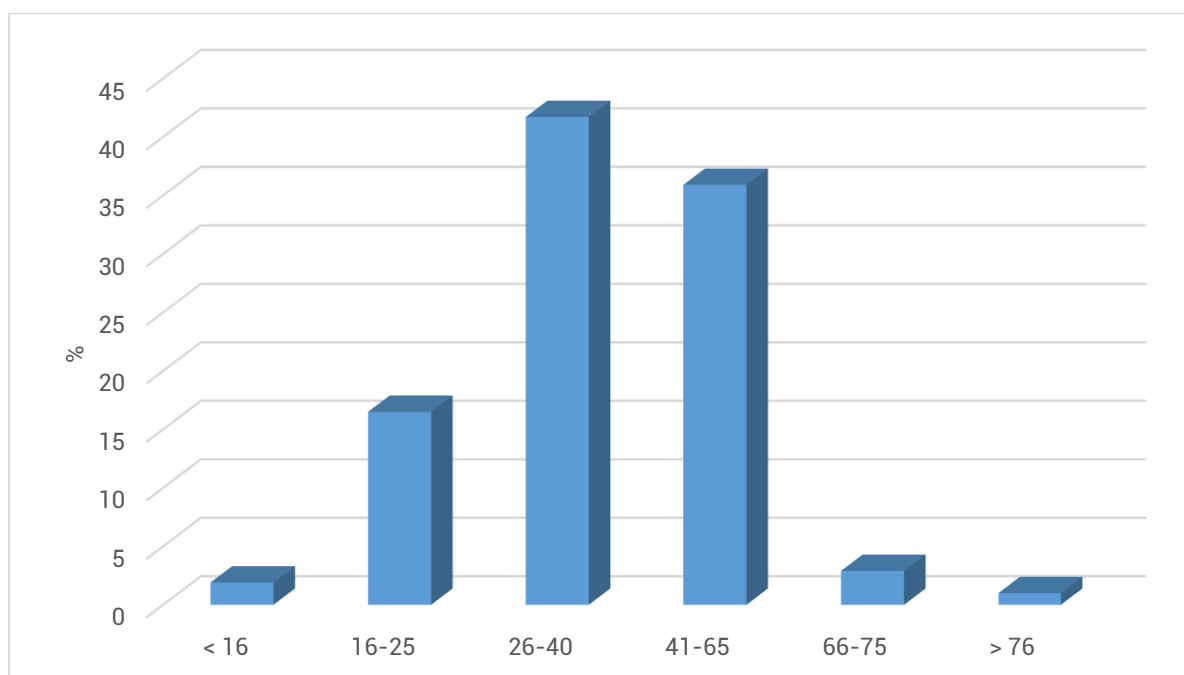


Figura 7. Distribución de los pacientes en función de la edad de tratamiento en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931). N=109

Al analizar los diagnósticos de la población tratada (figura 8), vemos como predominan los correspondientes al grupo de la psicosis maniaco-depresiva (20,2%), la esquizofrenia (17,4%), la epilepsia (14,7%) y la sífilis (13,8%).

²²⁷⁷ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.233 y Conseglieri, A. (2008), p.137.

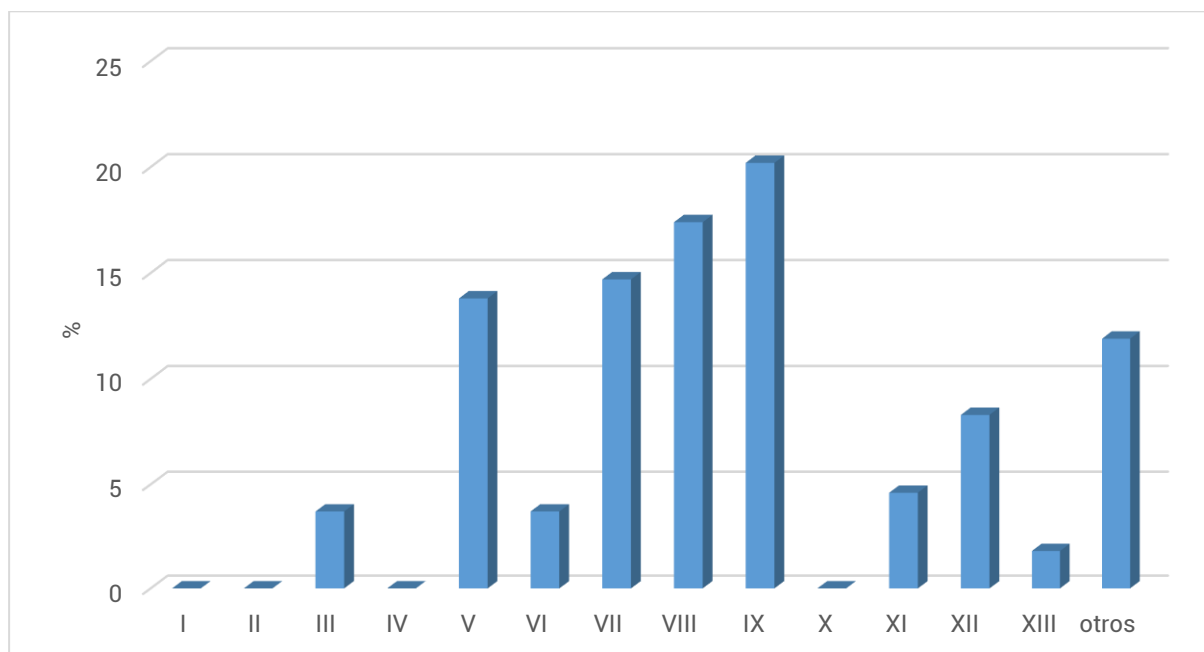


Figura 8. Distribución de la población tratada en función del diagnóstico según la clasificación kraepeliniana en el Manicomio Nacional de Leganés (1900-1931). N=109²²⁷⁸

Entre los pacientes incluidos en el grupo de las psicosis maniaco depresivas se registran diagnósticos como manía en sus diferentes variedades (manía crónica periódica, aguda, persecutoria...etc.), melancolía, lipemanía, locura maniaco depresiva y la propia psicosis maniaco depresiva. Los maniaco-depresivos internados en Leganés en las primeras décadas del siglo XX recibieron tratamientos como bromuros, trional, hioscina, opiáceos, somnifeno, calmantes, abscesos de fijación, permanencia en cama, aislamiento y tratamiento ocupacional. No obstante, sin duda, el más frecuente fue la hidroterapia que solía administrarse, como hemos comentado, para paliar los estados de agitación. Los datos obtenidos se corresponden con las consideraciones publicadas por Salas y Vaca a finales de la década de los años veinte, el cual, si bien asumía que, debido al carácter “violentísimo” de estos enfermos se necesitaba el uso de medios coercitivos, apuntaba la sustitución de éstos por sedantes²²⁷⁹. Señalaba la indicación de los baños periódicos de 4 a 6 horas de duración y temperaturas de 30-35 grados bajo la acción de una ampolla de sedol o somnifene²²⁸⁰ y,

²²⁷⁸ Clasificación kraepeliniana: I Alteraciones en los traumatismos craneales; II Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas; III Alteraciones mentales en las intoxicaciones; IV Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas; V Sífilis; VI Procesos arterioscleróticos y de regresión; VII Epilepsia genuina; VIII Esquizofrenias; IX Psicosis maniaco depresiva; X Psicopatías; XI Reacciones psicógenas; XII Paranoia; XIII Oligofrenias; XIV Casos oscuros. Esta agrupación diagnóstica se ha tomado, como hemos señalado en el capítulo V de la adoptada por el INE a partir del año 1931.

²²⁷⁹ Salas y Vaca, J. (1929), pp. 34-35.

²²⁸⁰ El sedol era un sedativo compuesto por morfina, escopolamina y esparteína. Véase : <http://historiadelmedicamento.com/index.php/es/museo/museo-del-medicamento/4-folletos/detail/2326-suppo-sedol-theraplix>.

solo justificaba el empleo de la sujeción ocasionalmente, ya que *“a veces el simple encamamiento acompañado de medinal o veronal son suficientes”*²²⁸¹.

Para los diagnosticados de esquizofrenia o demencia precoz en sus diferentes variedades se pautaron la hidroterapia, aislamiento, permanencia en cama, electroterapia, terapéutica por el trabajo, medios de sujeción, opioides, veronal®, yodobismutato de quinina, sedantes, y piretoterapia con sulfosina que se empleó en cinco internos. Si bien Salas describía el uso de diversos métodos piretoterápicos con abscesos de fijación, vacuna antitífica, paludoterapia o las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas de glucosa o bicarbonato, admitía haber obtenido resultados muy limitados argumentando que enfermos no tratados remitieron con la misma frecuencia que los tratados²²⁸². No hemos registrado ningún demente precoz o esquizofrénico tratado con proteínas que, según el director de Leganés, proporcionaban “ligeros alivios” a estos enfermos, o con nucleinato sódico, sustancias que, como hemos comentado, Salas y Vaca definía como de escasa efectividad²²⁸³.

Aquellos pacientes evaluados como epilépticos recibieron, tal y como señalaba el neuropsiquiatra andaluz²²⁸⁴, barbitúricos o bromuros y, en los paralíticos se utilizó de forma mayoritaria la piretoterapia, aunque también se registra el uso de los mercuriales, yodobismutato de quinina, arsenicales, bromuros, calmantes, somnifeno, permanencia en cama y aislamiento. El Jefe Facultativo de Leganés empleó diversos compuestos arsenicales, las sales de bismuto y el mercurio en estos pacientes, tratamientos que, en su opinión eran útiles *“para combatir de manera eficaz la lúes”*²²⁸⁵. Consideraba también el abordaje de los paralíticos con los métodos piretoterápicos como las vacunas antitíficas, Dmelcos o proteínas siendo la paludización, a su juicio, el más eficaz. A pesar de esto, advertía de los malos resultados obtenidos en estos pacientes debido a que *“cuando ingresan en el manicomio se encuentran en fase muy avanzada, momento en que ya no son efectivos los tratamientos”*²²⁸⁶.

Los pacientes incluidos en el grupo XII kraepeliniano correspondiente a la paranoia y diagnosticados en su mayoría de diferentes variedades delirantes entre las que predominan los delirios persecutorios, recibieron hidroterapia, electroterapia, terapia a través del trabajo,

²²⁸¹ Salas y Vaca, J. (1929), pp. 34-35.

²²⁸² *Ibíd.*, p. 34.

²²⁸³ *Ibíd.*, p. 31.

²²⁸⁴ *Ibíd.*, p. 37.

²²⁸⁵ *Ibíd.*, p. 35.

²²⁸⁶ *Ibíd.*

aislamiento y medidas de sujeción, sin que se haya registrado el empleo de tratamientos farmacológicos. Al igual que en otros casos, la hidroterapia fue usada en casos de agitación, tal y como apuntaba Salas y Vaca al señalar que *“en todo delirio agitado o depresivo se hace necesario el uso de la medicación física en su recurso principal de la hidroterapia”*²²⁸⁷. El facultativo anotaba que *“el aislamiento, una vida higiénica sedante, y vigilancia exquisita son los medios que ponemos en práctica en esta clase de alienados”*²²⁸⁸.

En aquellos pertenecientes al grupo XI de Kraepelin, ingresados con diagnósticos como histerismo, histeromanía, delirio histérico o neurastenia, se emplearon diferentes medidas terapéuticas entre las que se registran la hidroterapia, el régimen alimenticio, la terapéutica a través del trabajo y fármacos como la trinitrina, el sulfato de quinina y el valerianato de quinina. Entre los asilados comprendidos en el grupo III de la clasificación de Kraepelin, se encuentran dos morfinómanos y dos alcohólicos. Estos últimos fueron tratados con el citado “tratamiento antialcohólico” y medicación arsenical e hidroterapia que se aplicó, una vez más, por agitación como se puede observar en la nota de entrada redactada por Salas y Vaca, de A., hospitalizado en marzo de 1912, por psicosis alcohólica:

*“A su ingreso en el establecimiento se encuentra en una completa desorientación psíquica realizando sus actos con la mayor inconveniencia...Efecto del tratamiento se logra que inicie cierto aprendizaje útil, encontrándose en las actuaciones una relativa mejoría y orientación en los actos”*²²⁸⁹.

En la morfinomanía se utilizaron, sin embargo, una variedad más amplia de tratamientos farmacológicos entre los que se encuentra la morfina para realizar la desmorfinización, bromuros, barbitúricos y diversas sustancias sedantes.

Los pacientes diagnosticados de demencia senil y psicosis presenil (grupo VI de Kraepelin) recibieron alternativas terapéuticas diversas como la permanencia en cama, medidas de sujeción, calmantes, hipnóticos y neosalvarsán. Por último, para el tratamiento de las oligofrenias (grupo XIII de Kraepelin) se emplearon las inyecciones hipodérmicas de cacodilato y un tratamiento específico indefinido, que obtuvo resultados beneficiosos en un paciente. Se trataba de un varón de 27 años de edad, que ingresó en la institución en julio de 1912, con el diagnóstico de idiotismo, en cuya nota de entrada del propio Salas y Vaca, se puede leer lo siguiente:

²²⁸⁷ Ibídem, p. 37.

²²⁸⁸ Ibídem, p. 34.

²²⁸⁹ Historia clínica XX-334. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

*"A su ingreso en el establecimiento se encuentra en una completa desorientación psíquica realizando sus actos con la mayor inconveniencia (...). Efecto del tratamiento se logra que inicie cierto aprendizaje útil, encontrándose en las actuaciones una relativa mejoría y orientación en los actos"*²²⁹⁰.

Es importante señalar que, ya desde el siglo XIX, se creía en la posibilidad de tratamiento de los idiotas, instruyéndolos a través de baños, dieta, ejercicio físico, algunos medicamentos y procedimientos de formación diseñados para desarrollar los sistemas sensoriales²²⁹¹. El director de Leganés advertía de los escasos recursos terapéuticos disponibles para estos enfermos en los que, a su juicio, habría que atender al *"síntoma, analizando el grado degenerativo por su comportamiento y empleo de los test, siendo por nosotros el más comúnmente empleado el método de Binet y Simón"*²²⁹². Este método fue descrito por Alfred Binet (1875-1911), director del Laboratorio de Psicología y Pedagogía de la Sorbona y Théodore Simon (1873-1961) en una serie de trabajos, publicados en 1905 en *L'Année Psychologique*, para medir la inteligencia y basados en la aplicación de escalas ordenadas por su dificultad creciente de acuerdo con la edad de los niños²²⁹³. En España, uno de los primeros psiquiatras en utilizarlo fue José María Villaverde, discípulo de Ramón y Cajal, que obtuvo el grado de doctor, en 1919, con el trabajo "El método de Binet-Simon y sus resultados"²²⁹⁴, sin embargo, el test no se ha registrado en las historias clínicas del Manicomio de Leganés en nuestro periodo de estudio.

No obstante y, a pesar de la escasa efectividad, se puede concluir que, de los 109 casos tratados y registrados en las historias clínicas, 16 fueron dados de alta por curación-remisión o mejoría, lo que corresponde a un 14,7% de la población tratada. Un porcentaje ligeramente superior al registrado en la población general, entre la que la curación o remisión supuso el 11,8% del total. Entre los pacientes curados o mejorados de su afección en el momento del alta se registran diagnósticos muy variados como los de psicosis maniaco depresiva, demencia precoz, epilepsia, "síndrome delirante polimorfo fondo demencial", degeneración mental, neurastenia, "manía aguda con alucinaciones", "delirio histérico con ninfomanía periódica", síndrome melancólico o morfinomanía, entre otros.

²²⁹⁰ Historia clínica XX-344. Archivo Histórico del IPSSM José Germain

²²⁹¹ Miller, E. (2012). Retraso mental. En: G. E. Berrios y R. Porter (eds). *Una historia de la psiquiatría clínica* (253-266). Madrid: Triacastela, p. 263.

²²⁹² Salas y Vaca, J. (1929), p.34.

²²⁹³ Huertas, R., y Del Cura, M. (1996). La categoría de infancia anormal en la construcción de una taxonomía social en el primer tercio del siglo XX. *Asclepio*, 48(2), 115-127, p. 117.

²²⁹⁴ Villasante Armas, O., Rey González, A. y Martí Bosca, J. V. (2008), p.3.

La estancia media de la población sometida a algún tratamiento fue de 5,79 años (DE 10,54), con un mínimo de 6 meses y un máximo de 52 años en la institución, dos años menor que la obtenida para el total de ingresos producidos entre 1900 y 1931. El 38,5% de los pacientes permanecieron internados menos de un año y el 33% estuvieron hospitalizados de uno a tres años, datos que son similares a los registrados para la población tratada durante la posguerra, periodo en el que el 16,3% estuvo menos de un año en el establecimiento y el 48,2% tuvieron una estancia media menor de dos años²²⁹⁵.

Una de las cuestiones más interesantes ha sido analizar los tratamientos empleados en Leganés en el primer tercio de siglo y contrastarlos con el corpus teórico de los neuropsiquiatras presentes en esa época en la institución. Las investigaciones previas sobre el Manicomio Nacional, durante este período, no habían realizado un análisis comparativo entre la obra teórica y práctica de médicos como José Salas y Vaca o Enrique Fernández Sanz. Además de las numerosas reformas en la institución y la influencia que estos neuropsiquiatras imprimieron al modo de diagnosticar, como se ha analizado en capítulos anteriores, sus inquietudes terapéuticas se tradujeron en sus publicaciones, pero también en las historias clínicas. Sin duda, el cambio ocurrido en las primeras décadas del siglo XX en la psiquiatría española se tradujo en el Manicomio Nacional y, si bien, se mantuvieron muchas de las viejas condiciones asilares, también se introdujeron algunas de las nuevas terapéuticas.

A pesar de esto, en general, como se ha visto, las anotaciones de cuestiones terapéuticas fueron bastante pobres y escasas sin que se haya registrado ninguna forma estandarizada de recogida de la información terapéutica en el periodo de estudio. Años más tarde, durante la posguerra los registros de los tratamientos mejoraron debido, fundamentalmente, a la utilización de algunas plantillas que recogían la administración de terapias de choque²²⁹⁶.

²²⁹⁵ Conseglieri Gámez, A. (2013), p.235.

²²⁹⁶ *Ibidem*, p.237.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

El objetivo de la presente tesis ha sido estudiar la asistencia psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés en el periodo comprendido entre los años 1900 y 1931, prestando especial atención a las características de la población internada. El análisis cuantitativo y cualitativo de las fuentes nos ha permitido aproximarnos al papel que desempeñó esta institución en el panorama asistencial psiquiátrico de la España finisecular y de principios del siglo XX y valorar, tanto el funcionamiento interno y la organización, como la práctica clínica llevada a cabo en el establecimiento. En las siguientes líneas sintetizamos los elementos esenciales que se desprenden de este estudio.

1. Durante las primeras décadas del siglo XX, concretamente hasta julio de 1931, se mantuvo vigente el *Real Decreto de asistencia a los alienados* del 19 de mayo de 1885, que regía las cuestiones administrativas relativas a los ingresos de dementes en los establecimientos de beneficencia, entre los que estaba el Manicomio Nacional. A pesar de que legalmente se disponía de un periodo máximo de observación de seis meses, que en el Real Decreto de 29 de enero de 1887 se amplió a doce meses, estos plazos se incumplieron llegando a triplicar el tiempo establecido por la normativa. Así mismo, también se realizaron hospitalizaciones no reguladas por la legislación, como aquellas “por orden militar” o “por propia voluntad”. Si bien se cumplió el procedimiento de ingreso que establecía la ley, las altas no fueron comunicadas de manera sistemática a la Dirección General o a la Alcaldía, tal y como establecía el Decreto.

2. La organización interna del Manicomio de Santa Isabel estaba sujeta al *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel* de 1885, vigente hasta 1941, que establecía un máximo de 200 plazas. Este límite no se sobrepasó hasta el año 1917; a partir de entonces, la población manicomial aumentó progresivamente aproximándose a los 300 internados, en enero de 1931. Si bien hasta la tercera década del siglo la proporción de hospitalizados en beneficencia y pensionistas se ajustaba al Reglamento -70% pobres y 30% pacientes privados-, posteriormente el número de pensionistas aumentó constituyendo, en 1929, más de la mitad de la población manicomial, de modo que el incremento en la ocupación se hizo a expensas de los pacientes privados, gracias a la ampliación del departamento de distinguidos.

3. En los primeros años del siglo XX el Manicomio tan sólo contaba con un jefe facultativo, con escasa formación en patología mental, ayudado de forma ocasional, por un médico auxiliar. A lo largo de las tres primeras décadas el grado de especialización de los facultativos

fue en aumento, así como su número hasta llegar, a finales de los años veinte, a cinco médicos -el Jefe Facultativo, un médico consultor, dos médicos agregados y un médico de laboratorio-, lo que constituyó una ratio por paciente, en general, mayor que la de otros establecimientos psiquiátricos españoles.

4. El Reglamento Orgánico de 1885 disponía la presencia de tan sólo un practicante sin dedicación exclusiva para el establecimiento, una proporción por paciente muy escasa también documentada en otras instituciones nacionales. En las primeras décadas se incrementó de forma modesta la dotación de subalternos y, en 1924, se contaba con un "enfermero" por cada seis asilados, ratio que, a pesar de ser inferior a lo recomendado, era mayor al de otras instituciones. Así mismo, es evidente la importancia otorgada a las religiosas quienes, además del cuidado de los pacientes, se ocuparon de la gestión y administración del establecimiento. Destaca, entre éstas, la figura de Sor Teresa Viver y Candell, cuyo reconocimiento y buena relación con la Administración facilitó la posibilidad de numerosas obras y mejoras en las dependencias destinadas a la Comunidad de las hermanas y la Iglesia.

5. Entre los médicos que trabajaron en la institución durante nuestro periodo de estudio sobresale la figura de José Salas y Vaca (1877-1933), Jefe Facultativo del Manicomio entre 1911 y 1929. Su obra *Los Degenerados en Sociedad* (1920) recoge numerosos casos clínicos, extraídos de las historias clínicas del Manicomio de Leganés, que demuestran la importancia que la teoría de la degeneración tuvo para este autor en sus planteamientos psicopatológicos. El demostrado interés de Salas y Vaca por la escritura de los pacientes, nos permite acceder hoy a un material, archivado en los historiales clínicos, que ofrece una valiosa información sobre las características de la institución, su funcionamiento, vida cotidiana y la asistencia prestada a su población.

6. A finales del siglo XIX, el Manicomio de Leganés tenía graves deficiencias arquitectónicas e infraestructurales que obligaron a realizar un número importante de reformas a lo largo de las primeras décadas del siglo XX. Dichas reformas incluyeron la mejora del problema de abastecimiento de agua que presentaba la institución desde su fundación, la ampliación del departamento de pensionistas y la separación de poblaciones, como los menores o los dementes procesados, para quienes se construyó un pabellón independiente en 1900. Durante la jefatura de Salas y Vaca, se acometieron mejoras muy importantes que quedaron reflejadas en su *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional* (1929) y que deben entenderse en un marco más amplio de preocupación por la reforma de la asistencia psiquiátrica en el país, tal como propuso en *Frenocomios españoles: bases para la reforma*

de nuestros servicios de alienados (1924). En un intento de modificar el carácter benéfico asilar y custodialista del establecimiento, se reformaron las instalaciones como el gabinete de hidroterapia, se reestructuró el servicio de electroterapia y se implantó el laboratorio clínico.

7. Entre los médicos de la institución destaca también la figura de Enrique Fernández Sanz (1872-1950) que, desde 1921, ejerció como médico consultor y, a partir de 1924, como Jefe Facultativo en funciones. El estudio de las diferentes letras y firmas aparecidas en los documentos clínicos hace pensar que este prestigioso neuropsiquiatra no trabajaba diariamente en la institución y, posiblemente, su actividad estuviera centrada en promover reformas asistenciales y legislativas, así como su labor como publicista, en vez de en el trabajo diario en los departamentos del Manicomio Nacional.

8. Casi la totalidad de las historias clínicas contaban con la "Hoja de entrada y vicisitudes" debidamente cumplimentada, constituyendo así el documento de mayor relevancia y regularidad hallado en los historiales. Éstos incluían, además, una amplia variedad de documentos de carácter clínico, administrativo, judicial, etc. que se recogieron de forma mucho más irregular y menos frecuente. Los registros evolutivos, al igual que en periodos posteriores, no se realizaron con la frecuencia que exigía el Reglamento de 1885 y, desconocemos si los médicos realizaban la obligatoria visita diaria a los internos.

9. El número de ingresos dependía, por lo general, de las altas, excepto en los años 1916 y 1928, en los que los internamientos fueron mucho más numerosos que las salidas. Si bien desconocemos los motivos del primer pico, el aumento de hospitalizaciones en 1928 está relacionado con la ampliación de la institución durante la jefatura de Salas y Vaca en la década de los años veinte, que permitió un claro aumento de la población manicomial. El perfil del paciente que ingresó era el de un varón de 38 años de edad, soltero, sin estudios cualificados, hospitalizado en categoría de pensionista, procedente de su domicilio, situado en Madrid y estuvo internado cerca de ocho años en la institución. Las altas fueron mayoritariamente por defunción y, en segundo lugar, debido a licencias temporales caducadas. A diferencia de otros establecimientos psiquiátricos, apenas se registraron evasiones.

10. Las tasas de mortalidad en el Manicomio Leganés siguieron una evolución descendente a lo largo del periodo de estudio, con cifras más altas en el departamento de beneficencia aunque, en general, menores que las observadas en otros manicomios españoles. La causa principal de fallecimiento fueron las enfermedades infecciosas, seguidas de las neurológicas no infecciosas y las cardiocirculatorias. Tan solo fallecieron tres pacientes, todos varones,

por suicidio. Las enfermedades infecciosas no disminuyeron en Leganés, a diferencia de la población general española, donde se redujeron principalmente en los niños.

11. En los primeros años del siglo se mantuvo el predominio de la nosología pineliana y esquiroliana. El auge de la patología delirante descrita por los autores franceses, y especialmente del delirio de persecución de Lasègue, fue disminuyendo progresivamente y, en paralelo, aumentaron los diagnósticos de paranoia. La terminología relacionada con el degeneracionismo, prácticamente inexistente en el siglo XIX y en épocas posteriores de la institución, ocupó un lugar significativo, fundamentalmente durante la jefatura de Salas y Vaca. Así mismo, la demencia precoz y la esquizofrenia paranoide, que apareció por primera vez en 1921, convivieron como diagnósticos entre los internos de Santa Isabel. El progresivo abandono de la nosografía francesa, dando paso al predominio de la germana fue un proceso lento y caracterizado por la coexistencia de ambas durante todo el periodo de estudio.

12. Las anotaciones de cuestiones terapéuticas, pobres y escasas, no estaban recogidas de forma estandarizada, y, entre éstas figuran, la "permanencia en cama", el aislamiento y la sujeción física, generalmente indicadas para los estados de agitación, la hidroterapia y la terapéutica por el trabajo. Los métodos piretoterápicos, que adquirieron gran auge durante el primer tercio de siglo, se introdujeron en el Manicomio a partir de 1929 e incluyeron tratamientos con sulfosina, vacuna antitífica o abscesos de trementina, pero prácticamente no se utilizó la malarioterapia. Por otra parte, los tratamientos farmacológicos más frecuentemente empleados fueron los bromuros, opioides, sales de bismutos y mercuriales, introduciéndose nuevos fármacos como los barbitúricos o los arsenicales (neosalvarsan).

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA



FUENTES DE ARCHIVO

Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. Historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el Manicomio Nacional de Leganés desde enero de 1900 hasta el 14 de abril de 1931 (XX-1 a XX-1003).

Archivo Histórico Nacional, Legajos: FC-Interior 1334/15; 2635/4; 1334/26; 2054/3; 1334/9; 2054/16; 2054/15; 2054/17-20; 2054/1 y Universidades 1757, 15; Universidades 7285, 63; Universidades 5070, 16; Universidades 5546, 15; Universidades 4998,15; Universidades 5540,11; Universidades, 5540, 9; Universidades 5152, 11.

Archivo General de la Administración: Legajos 44/00145, 4; 44/00235, 3; 44/00297, 8; 44/00303, 1; 44/02442, 1; 44/000189, 7; 44/02442, 1; 44/02506 y 44/00029, 4.

Archivo General Militar de Segovia. *Hoja de Servicios del Teniente Coronel Militar Ángel Morales Fernández. Cuerpo de Sanidad Militar*. Madrid: Imprenta para todas las Armas y Cuerpos del Ejército. Cleto Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-4061; *Hoja de Servicios del Coronel Médico D. Antonio Muñoz Zuara*. Madrid: Imprenta Militar Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-4827 y *Hoja de Servicios del Coronel Médico D. Eulogio Muñoz Cortázar*. Madrid: Imprenta para todas las Armas y Cuerpos del Ejército. Cleto Vallinas. Archivo General Militar de Segovia. Legajo: M-565

Archivo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid: Expedientes colegiales de Ignacio del Mazo Almazán, Antonio Yunta Carrascosa, Ramón Ezquerro Baig, José Salas y Vaca, Enrique Fernández Sanz, Aurelio Mendiguchía Carriche y Antonio Martín Vegué.

Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid, Legajos: M447, 1; P-495, 51; P-491, 47 (1); M-211, 15; M-211,9; P-685.

Archivo de la Sección de Personal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid: Expedientes de profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid de Enrique Fernández Sanz, José Salas y Vaca y Ángel Fernández-Sanz Méndez.

Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz: Legajo: 162. Dpldo-13.

Archivo Municipal de Leganés. Documentación sobre el personal del Manicomio Nacional de Leganés.

Biblioteca de la Real Academia de la Historia. 11/8279(10); 11/8279 (8); 11/8280 (7); 11/2871(65); 11/2871 (10); 11/8280 (69); 11/8271 (10).

Biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina: Expediente personal de Enrique Fernández Sanz.

Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico. Anuarios estadísticos 1915-1930 y Anuario estadístico 1932-1933.

Registro Civil de Montilla (Córdoba).

Archivo Parroquial de Santiago de Montilla (Córdoba).

Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca.

PRENSA PERIÓDICA

Gaceta de Madrid

Adjudicación en pública subasta de las obras de terminación de la sección de celdas en el departamento de asiladas tranquilas y otras varias en las dependencias del departamento de hombres, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (19 de septiembre de 1889). *Gaceta de Madrid*, 260, p. 893.

Adjudicación en pública subasta de las obras de terminación de la sección de celdas en el departamento de asiladas tranquilas y otras varias en las dependencias del departamento de hombres, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (17 de septiembre de 1889). *Gaceta de Madrid*, 260, p. 893.

Adjudicación en pública subasta de las obras necesarias en el departamento de Asiladas tranquilas del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (23 de noviembre de 1888). *Gaceta de Madrid*, 328, p.582.

Anunciando a subasta pública, por el tipo de pesetas 108.985,97, la contrata de las obras de ampliación del Departamento de enfermos distinguidos del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (17 de noviembre de 1926). *Gaceta de Madrid*, 321, p. 948.

Concurso para la adjudicación del servicio de instalación de 13 pararrayos en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (20 de febrero de 1902). *Gaceta de Madrid*, 51, p. 758.

Convocando a los opositores á las plazas vacantes del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (5 de abril de 1903). *Gaceta de Madrid*, 94, p.61.

Decreto declarando suprimidas las actuales Juntas de señoras en los Establecimientos generales de Beneficencia. (22 de mayo de 1931). *Gaceta de Madrid*, 142, p. 865.

Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. (7 de julio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 188, pp. 186-189.

Decreto relativo a la creación de un Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección de Sanidad. (12 de noviembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 316, p. 932.

Instrucción general de Sanidad pública (conclusión). (23 de enero de 1904). *Gaceta de Madrid*, 23, pp. 290-295.

Instrucción para el ejercicio del protectorado del Gobierno en la Beneficencia. (28 de abril de 1875). *Gaceta de Madrid*, 118, pp. 271-276.

Ley de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península e Islas adyacentes, lo que se cita. (10 de septiembre de 1857). *Gaceta de Madrid*, 1710, 1-3, p.1.

Ley declarando en estado de venta los predios rústicos y urbanos, censos y foros pertenecientes al Estado, al clero, a las órdenes militares, etc. (3 de mayo de 1855). *Gaceta de Madrid*, 852, p.1.

Ley declarando exceptuados de la venta por el Estado los bienes y rentas que posee en propiedad el Instituto de las Escuelas Pías y el de las Hermanas de la Caridad de San

- Vicente de Paul, dedicadas a la enseñanza. (22 de diciembre de 1876). *Gaceta de Madrid*, 357, p.735.
- Ley reglamentando el derecho a la asociación. (12 de julio de 1887). *Gaceta de Madrid*, 193, pp.105-106.
- Ley sancionada sobre establecimientos de beneficencia. (24 de junio de 1849). *Gaceta de Madrid*, 5398, pp. 1-2.
- Orden aprobando el programa para obtener el certificado de aptitud de "Enfermero psiquiátrico". (20 de mayo de 1932). *Gaceta de Madrid*, 141, pp.1335-1336.
- Orden creando en cada Inspección provincial de Sanidad una Sección de Psiquiatría y enfermos mentales. (2 de diciembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 336, p. 1376.
- Orden creando en Madrid el primer Patronato de Asistencia social Psiquiátrica. (17 de abril de 1932). *Gaceta de Madrid*, 108, p. 408.
- Orden dictando reglas para el establecimiento de una estadística de enfermos mentales. (2 de diciembre de 1931). *Gaceta de Madrid*, 336, pp.1376 -1377.
- Orden disponiendo que todas las Casas de Salud y Manicomios de España, sean generales o provinciales, habiliten, en el improrrogable plazo de dos meses, los locales suficientes para albergar en ellos, con el aislamiento debido de la demás población psiquiátrica, a los niños alienados menores de quince años. (14 de enero de 1933). *Gaceta de Madrid*, 14, pp. 349-350.
- Orden nombrando Médico supernumerario auxiliar residente del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, a D. José María Moreno Rubio. (12 de junio de 1931). *Gaceta de Madrid*, 163, p. 1341.
- Orden resolviendo el concurso anunciado para cubrir plazas de Delegados de las Inspecciones provinciales de Sanidad en los Establecimientos balnearios. (30 de julio de 1933). *Gaceta de Madrid*, 211, pp. 695-696.
- Órdenes anunciando a concurso la provisión de las Cátedras que se indican, vacantes en los Centros que se mencionan. (10 de marzo de 1935). *Gaceta de Madrid*, 69, de, p. 2040.
- Proyecto de ley sobre manicomios judiciales. (10 de abril de 1888). *Gaceta de Madrid*, 101, pp.113-114.
- Real decreto (rectificado) nombrando Gobernador civil de la provincia de Albacete a D. José Salas y Vaca. (26 de junio de 1924). *Gaceta de Madrid*, 176, p. 1488.
- Real decreto admitiendo a D. José Salas y Vaca la dimisión que ha presentado del cargo de Gobernador civil de la provincia de Huelva. (11 de diciembre de 1928). *Gaceta de Madrid*, 346, p.1613.
- Real decreto admitiendo la dimisión que del cargo de Gobernador civil de la provincia de Cádiz ha presentado D. José Salas y Vaca. (8 de agosto de 1926). *Gaceta de Madrid*, 220, p. 908.
- Real decreto aprobando el reglamento orgánico del cuerpo facultativo de Beneficencia general. (3 de enero de 1885). *Gaceta de Madrid*, 3, pp. 13-14.

- Real decreto aprobando los nuevos Estatutos de los Colegios oficiales de Médicos. (5 de abril de 1925). *Gaceta de Madrid*, 95, pp. 106-109.
- Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, pp. 340-341.
- Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, pp. 340-341.
- Real decreto aprobatorio del adjunto reglamento para el servicio de Practicantes en los establecimientos de la Beneficencia general. (29 de octubre de 1904). *Gaceta de Madrid*, 301, p. 341.
- Real decreto aprobatorio del reglamento que ha de aplicarse para la concesión de la Orden civil de Alfonso XII. (5 de julio de 1905). *Gaceta de Madrid*, 186, pp.73-74.
- Real decreto concediendo la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, con distintivo morado y blanco, al Doctor en Medicina D. José de Salas y Vaca, Jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid). (22 de noviembre de 1921). *Gaceta de Madrid*, 326, pp. 614-615.
- Real decreto concediendo, con motivo de su jubilación, honores de Jefe superior de Administración civil, libres de gastos, a D. José Salas y Vaca, ex Gobernador civil, Médico de número del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia general, Jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (7 de diciembre de 1929). *Gaceta de Madrid*, 341, p. 1532
- Real decreto convocando a los Arquitectos a concurso público para la presentación de planos de un Manicomio-modelo que se levantará dentro del territorio de la provincia de Madrid. (30 de julio de 1859). *Gaceta de Madrid*, 211, p. 1
- Real decreto creando una Orden Civil denominada Alfonso XII. (1 de junio de 1902). *Gaceta de Madrid*, 152, p. 653.
- Real decreto creando una Penitenciaría hospital en el Puerto de Santa María. (21 de diciembre de 1886). *Gaceta de Madrid*, 355, pp. 897- 898.
- Real decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (21 de mayo de 1885). *Gaceta de Madrid*, 141, p. 511.
- Real decreto dictando reglas relativas a la clasificación que se ha de dar a los locos para su responsabilidad penal. (5 de septiembre de 1897). *Gaceta de Madrid*, 248, pp. 909-910.
- Real decreto disponiendo que en la posición militar del Duero (Santoña), se constituya un grupo penitenciario, que compondrá de la colonia industrial y agrícola creada por Real decreto de 6 de mayo de 1907, y de un Manicomio judicial de nueva creación. (28 de enero de 1912). *Gaceta de Madrid*, 28, pp.288-292.
- Real decreto mandando se observe el reglamento de la ley de beneficencia de 20 de Junio de 1849. (16 de mayo de 1852). *Gaceta de Madrid*, 6537, pp. 2-4.
- Real decreto modificando el art. 2º del Real decreto de 19 de mayo de 1895 y su concordante el 53 del reglamento por que se rige el manicomio de Santa Isabel de Leganés. (2 de mayo de 1895). *Gaceta de Madrid*, 122, pp. 409-410.

- Real decreto modificando el artículo 1º del Reglamento orgánico del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general de 27 de Octubre de 1904 en la forma que se menciona. (24 de septiembre de 1924). *Gaceta de Madrid*, 268, pp.1482- 1483.
- Real decreto modificando en la forma que se publica el artículo 1.º del Reglamento para el servicio de Practicantes en los hospitales de la Beneficencia general de 25 de Octubre de 1904. (12 de enero de 1922). *Gaceta de Madrid*, 12, p. 213.
- Real decreto modificando los estudios de la carrera de Practicantes de Medicina. (27 de abril de 1901). *Gaceta de Madrid*, 117, p. 393.
- Real decreto modificando, en el sentido que se publican, los artículos 66 y 67 del Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés. (13 de junio de 1917). *Gaceta de Madrid*, 164, pp. 685-686.
- Real decreto nombrando Gobernador civil de la provincia de Huelva a D. José Salas y Vaca, cesante de igual cargo. (21 de enero de 1927). *Gaceta de Madrid*, 21, p. 442.
- Real decreto nombrando Gobernador civil de la provincia de la provincia de Cádiz a D. José Salas y Vaca, que desempeña igual cargo en la de Albacete. (15 de mayo de 1924). *Gaceta de Madrid*, 135, p. 899.
- Real decreto refundiendo en una sola las distinciones honoríficas denominadas Cruz de Epidemias y Orden civil de Beneficencia, que será conocida por este último nombre. (2 de agosto de 1910). *Gaceta de Madrid*, 214, pp. 485 a 486.
- Real decreto reorganizando los estudios de la carrera de Practicantes y la de Matronas (12 de agosto de 1904). *Gaceta de Madrid*, 225, p. 529.
- Real decreto resolviendo que en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria. (4 de julio de 1816). *Gaceta de Madrid*, 83, pp.701- 702.
- Real decreto resolviendo que en cada uno de los baños más acreditados del reino se establezca un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria. (4 de julio de 1816). *Gaceta de Madrid*, 83, pp. 701-702.
- Real Orden acordando se den las gracias a D. Pedro María Rubio por la estadística que ha formado de los dementes del reino, y que se publique la misma en la Gaceta. (7 octubre de 1848). *Gaceta de Madrid*, 5138, pp. 1-3.
- Real orden aprobando el adjunto reglamento para el servicio de Practicantes en los hospitales de Beneficencia general. (20 de noviembre de 1896). *Gaceta de Madrid*, 325, pp. 620-621.
- Real orden aprobatoria del reglamento provisional de la Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María. (22 de marzo de 1894). *Gaceta de Madrid*, 81, p.1102.
- Real orden concediendo la Cruz de primera clase del Mérito Militar, blanca, pensionada, al Médico primero de Sanidad Militar D. Ángel Morales Fernández. (27 de noviembre de 1911). *Gaceta de Madrid*, 331, pp.492-493.
- Real orden confirmando en sus cargos, con la remuneración anual de 1.000 pesetas, a los alumnos internos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, que se mencionan. (22 de agosto de 1920). *Gaceta de Madrid*, 235, p. 715.

- Real orden confirmando nuevamente lo dispuesto en el art. 5º del Real decreto de 19 de mayo de 1885 respecto al ingreso de alienados en los Manicomios. (27 de noviembre de 1903). *Gaceta de Madrid*, 331, p. 749.
- Real orden creando en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, el cargo de Inspector de los Manicomios Nacionales, y nombrando para el mismo a D. Enrique Fernández Sanz. (13 de agosto de 1939). *Gaceta de Madrid*, 225, pp. 1028-1029.
- Real orden dando por terminado el funcionamiento del Seminario de Médicos y Maestros para la infancia mentalmente anormal. (17 de enero de 1918). *Gaceta de Madrid*, 17, p. 159.
- Real orden declarando oficial la Liga Española de Higiene mental, y aprobando los Estatutos, que se insertan, por los que ha de regirse el mencionado organismo. (27 de enero de 1927). *Gaceta de Madrid*, 27, pp. 562-563.
- Real orden declarando oficial la Liga Española de Higiene mental, y aprobando los Estatutos, que se insertan, por los que ha de regirse el mencionado organismo. (27 de enero de 1927). *Gaceta de Madrid*, pp. 562-563.
- Real orden desestimando una instancia de varios Médicos Directores y propietarios de manicomios particulares en que pedían la reforma del Real decreto de 19 de mayo de 1885 sobre observación y reclusión de dementes. (29 de enero de 1887). *Gaceta de Madrid*, 29, pp. 296-297.
- Real orden disponiendo continúe en todo su vigor el reglamento para el servicio de Practicantes de la Beneficencia general. (21 de abril de 1898). *Gaceta de Madrid*, 111, p. 291.
- Real orden disponiendo que en el plazo máximo de treinta días se conviertan los Colegios Médicos oficiales existentes en Colegios provinciales con carácter obligatorio, y que en las provincias donde no existen los Colegios oficiales constituidos se proceda en el indicado plazo a la constitución de los expresados Colegios con el carácter de provinciales obligatorios. (29 de mayo de 1917). *Gaceta de Madrid*, 149, p. 535.
- Real orden disponiendo que en los Hospitales, Manicomios, Sanatorios, Casas de convalecientes y demás Establecimientos análogos que dependan de este Ministerio, se admita gratuitamente, en concepto de distinguido, a cualquier Médico que lo solicite, siempre que haya ejercido la profesión y se encuentre enfermo y sin recursos. (27 de junio de 1925). *Gaceta de Madrid*, 178, p. 1990.
- Real orden disponiendo que las Diputaciones, Ayuntamientos o Directores de Manicomios particulares, para culminar presuntos elementos en observación, en los Establecimientos que de ellos dependan y estén consagrados a tal objeto, se exija con el mayor rigor la documentación que se expresa. (4 de noviembre de 1921). *Gaceta de Madrid*, 308, pp. 402 a 404.
- Real orden disponiendo que las oposiciones para el concurso y provisión de una plaza de Médico provincial de Beneficencia en Palencia tengan lugar en la primera quincena de noviembre próximo, y nombrando el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de oposición. (12 de septiembre de 1905). *Gaceta de Madrid*, 255, p. 965.

- Real orden disponiendo se autorice a los Médicos del Cuerpo de Sanidad exterior y del de baños para que puedan asistir al XIV Congreso internacional de Medicina. (12 de abril de 1903). *Gaceta de Madrid*, 102, p.143.
- Real orden disponiendo se encargue al Jefe facultativo del Manicomio de Leganés y al Arquitecto de la Beneficencia general que practiquen el estudio de un proyecto de Manicomio con arreglo a las exigencias modernas. (1 de noviembre de 1906). *Gaceta de Madrid*, 305, p. 449.
- Real orden nombrando el Tribunal de censura de las oposiciones a cinco plazas de Médicos del Cuerpo facultativo de Beneficencia general. (2 de febrero de 1884). *Gaceta de Madrid*, 33, p.327.
- Real orden nombrando el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones de Médicos del Cuerpo facultativo de la Beneficencia de Médicos del Cuerpo facultativo de la Beneficencia general. (4 de enero de 1905). *Gaceta de Madrid*, 4, p.35.
- Real orden nombrando una comisión encargada de proponer, en el plazo máximo de tres meses los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alineados y la enseñanza de la Psiquiatría, y para reformar en el mismo sentido la vigente legislación sobre enfermos de la mente. (29 de julio de 1925). *Gaceta de Madrid*, 210, p. 661.
- Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p. 1053.
- Real orden resolutoria de una instancia promovido por la Diputación provincial de Barcelona, relativa a la concesión de autorizaciones de salidas temporales de los alienados. (28 de marzo de 1908). *Gaceta de Madrid*, 88, p. 1301.
- Real orden sobre concesión de licencias temporales á los alienados reclusos en el Manicomio de Zaragoza. (11 de agosto de 1902). *Gaceta de Madrid*, 223, p. 632.
- Reales decretos aprobando los estatutos para el régimen del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos. (15 de abril de 1898). *Gaceta de Madrid*, 105, pp. 195-196.
- Rectificando el reglamento para el servicio de Practicantes en los Hospitales de Beneficencia general, publicado en la Gaceta correspondiente al día 20 del actual, pág. 621, aparece en su artículo 7.º una errata. (23 de noviembre de 1896). *Gaceta de Madrid*, 328, p. 688.
- Reglamento para el servicio de practicantes en los hospitales de la beneficencia general. (30 de mayo de 1880). *Gaceta de Madrid*, 151, p. 530.
- Reglamento para las carreras de practicantes y matronas. (18 de noviembre de 1888). *Gaceta de Madrid*, 323, p. 516.
- Se saca a pública oposición una plaza de Capellán tercero en el Cuerpo de Capellanes de la Beneficencia general. (19 de abril de 1929). *Gaceta de Madrid*, 109, p. 357.
- Señalamiento de fecha para la subasta de obras de construcción de un pabellón de penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (8 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 128, p. 641.
- Subasta para la construcción de un pabellón para penados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. (2 de mayo de 1900). *Gaceta de Madrid*, 122, p. 561.

Tribunal de oposiciones a las plazas vacantes de Médicos del cuerpo facultativo de Beneficencia general. (10 de febrero de 1884). *Gaceta de Madrid*, 41, p. 403.

Vacantes de Médicos en el Cuerpo facultativo de Beneficencia general. (18 de enero de 1903). *Gaceta de Madrid*, 18, pp. 242-243.

Boletín Oficial del Estado

Ley fijando normas para la depuración de funcionarios públicos. (14 de febrero de 1939). *Boletín Oficial del Estado*, 45, pp. 856-859.

Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941. (3 de noviembre de 1941). *Boletín Oficial del Estado*, 311, pp. 8697-8701.

Otra Prensa periódica

Boletín oficial de la Provincia de Cáceres (22 de septiembre de 1905), número 151, p.2.

ABC, (21 de febrero de 1910), p.8; (2 de abril de 1910), p.12; 43 (25 de abril de 1910), p.12; (11 de mayo de 1910), p.7; (20 de junio de 1910), p.18; (22 de marzo de 1911), p.4; (24 de marzo de 1911), p.7; (7 de agosto de 1913), p.14; (26 de enero de 1915), p.18; (31 de octubre de 1915), p.11; (19 de septiembre de 1916), p.12; (8 de septiembre de 1920), p.27; (22 de noviembre de 1921), p.22; (29 de julio de 1924), p.20; (18 de octubre de 1924), pp.15-17; (9 de marzo de 1927), p.29; (5 de abril de 1927), p.25; (20 de mayo de 1927), p. 30; ; (22 de octubre de 1929), p. 33; (8 de diciembre de 1929), p.33; (20 de diciembre de 1929), p. 43; (4 de agosto de 1933), p.28; (26 de noviembre de 1933), p.36; (2 de febrero de 1935), p. 43; (13 de febrero de 1935), p.32; (14 de junio de 1936), p.54; (17 de diciembre de 1944), p.11; (26 de mayo de 1991), p.130.

Blanco y Negro. (7 de noviembre de 1915), pp.38-39.

Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba, (15 de enero de 1932), XII (128), p. 23; (15 de diciembre de 1933). Año XIII, número 152, pp. 23 y 31

Boletín oficial de la Provincia de Guadalajara, (13 de febrero de 1885), número 95, p.1; (1 de julio de 1885), número 157, p.6; (16 de enero de 1895), número 7, p.9.

Diario de Córdoba. (8 de junio de 1889). Año XL, número 12032, p.3.

Diario oficial de avisos de Madrid, (4 de febrero de 1889), p.3; (1 de abril de 1902), p.3; (29 de abril de 1909), p.3;

El defensor de Córdoba, (30 de noviembre de 1899). Año I, número 75, p.3; (27 de marzo de 1901). Año III, número 465, p.1; (7 de febrero de 1902). Año IV, número 724, p.1; (30 de julio de 1915). Año XVII, número 4845, p.1; (4 de julio de 1924). Año XXVI, número 8033, p.3; (28 de noviembre de 1934). Año XXXVI, número 11723, p.1.

El Día, (20 de enero de 1882), p.2; (9 de noviembre de 1884), p.2; (18 de noviembre de 1907), p.2.

El Fígaro. (28 de noviembre de 1919), p.11

El Globo, (29 de abril de 1908), número 11.713, p.3, (16 de noviembre de 1909), número 11.907, p.3; (5 de octubre de 1913), número 13.104, p.3.

El Heraldo de Madrid, (2 de junio de 1891), p. 3; (25 de agosto de 1902), p.1; (28 de junio de 1903), p.3; (4 de marzo de 1907), p.2; ; (6 de noviembre de 1907), p.5; (15 de febrero de 1912), p.3; (18 de febrero de 1912), p.2; (16 de abril de 1919), p.4; (26 de noviembre de 1925), p.4; (5 de julio de 1926), p.2; (10 de febrero de 1928), p.8; (29 de abril de 1929), p.8-9; (25 de diciembre de 1929), p.2.

El Heraldo militar, (8 de abril de 1911), p.3; (18 de abril de 1911), p.2

El Imparcial, (21 de abril de 1902), p.3; (9 de mayo de 1904), p.1; (3 de abril de 1907), p.2; (29 de abril de 1908), p.2; (30 de abril de 1908), p.1; (10 de agosto de 1908), p.5; (3 de octubre de 1910), p.4; (25 de marzo de 1911), p.5; (31 de octubre de 1916), p.5; (25 de mayo de 1918), p. 5; (30 de julio de 1924), p.5; (9 de marzo de 1927), p. 7; (15 de junio de 1928), p.7; (10 de diciembre de 1929), p.2; (26 de diciembre de 1929), p.2.

El Liberal, (24 de marzo de 1898), p.2; (27 de julio de 1904), p.2; (18 de noviembre de 1907), p.3; (30 de abril de 1908), p.3; (31 de octubre de 1908), p. 1; (24 de marzo de 1911), p.1; (15 de noviembre de 1909), p. 3.

El Monitor Sanitario, (1918), p.350; (1926), número 1.

El Noroeste. (29 de septiembre de 1902). Año VII, número 1955, p.1.

El Noticiero Gaditano, (25 de enero de 1927). Año IX, número 2581, p.3; (3 de junio de 1925). Año VII, número 2014, p.2; (25 de junio de 1925). Año VII, número 2030, p.1; (13 de noviembre de 1925). Año VII, número 2234, p.3; (28 de junio de 1926). Año VIII, número 2415, p.3; (5 de julio de 1926). Año VIII, número 2421, p.1; (19 de julio de 1926). Año VIII, número 2434, p.2; (25 de enero de 1927). Año IX, número 2581, p.3.

El País, (21 de octubre de 1888), p.2; (20 de marzo de 1908), p.3; (22 de marzo de 1909), p.5.

El Progreso. (21 de septiembre de 1916.). Año IX, número 6631.

El Restaurador farmacéutico. (15 de enero de 1914). Año LXX, p. 8.

El Siglo futuro, (1 de julio de 1905), número 9.161, p.4; (21 de julio de 1905), número 9.161, p.4; (18 de abril de 1922), número 4.612, p.3; (7 de enero de 1930), número 6.950, p.6.

El Sol, (25 de julio de 1919), p.15; (27 de noviembre de 1921), p.4; (4 de noviembre de 1924), p.2; (1 de febrero de 1935), p.4.

España médica, (20 de abril de 1911), p.5; (20 de septiembre de 1912), p.3; (20 de febrero de 1915), p.15; (1 de diciembre de 1921), p.7 (15 de marzo de 1927), pp.27-28; (15 de enero de 1930), pp.6-8.

Gaceta de instrucción pública, (30 de junio de 1905), p.8; (6 de marzo de 1907), p.4.

Guía de Sevilla, su provincia. (1896), p.173.

Guía oficial de España, (1892), p.711; (1919), p.797; (1920), p. 793; (1922), p. 789; (1923), p. 792; (1924), p. 788; (1925), p. 778; (1927), p. 803; (1928), p. 821; (1929), p. 837; (1930), p. 835.

Ideal Médico (1926), número 109, p. 167; (30 de enero de 1930), número 151, p. 19; (1931), número 173, p. 232.

La Correspondencia de España, (3 de marzo de 1878). Año XXIX, número 7376, p.2; ; (25 de diciembre de 1886). Año XXXVII, número 10504, p.3; (4 de diciembre de 1890), número 11.93, p.4; (8 de noviembre de 1888). Año XXXIX, número 11180, p.3; (20 de agosto de 1901). Año LII, número 15902, p.2; (16 de octubre de 1908), Año LIX, número 18510; (30 de marzo de 1910), número 19, p.8; (4 de julio de 1910). Año LXI, número 19136, p.6; (10 de abril de 1911), número 19.416, p.4; (23 de mayo de 1911), número 19.459, p.4; (27 de junio de 1917), número 21.685; (1918), número 22.019, p.3; (16 de abril de 1919). Año LXX, número 22342, p.3.

La Correspondencia militar, (13 de noviembre de 1903), número 7.872, p.3; (24 de marzo de 1911), 10.160, p.3.

La crónica de los Carabancheles. (25 de marzo de 1898), p.2

La Época, (15 de marzo de 1899), número 17.518, p.2; (20 de agosto de 1901), número 18.388, p.3; (30 de marzo de 1910), número 21.348, p.3; (25 de mayo de 1918), número 24.285, p. 3; (22 de noviembre de 1921), número 25.553, p.4; (9 de marzo de 1927), número 27.200, p. 4; (9 de diciembre de 1929), número 28.063, p.2.

La Gaceta de Tenerife. (1 de noviembre de 1915). Año VI, número 1559.

La Hormiga de Oro. (6 de noviembre de 1915).

La Iberia. (20 de enero de 1882), p. 3.

La Ilustración artística. (8 de noviembre de 1915). Tomo XXXIV. Año XXXIV, número 1767, p.10.

La Lectura dominical. (26 de febrero de 1927), pp.13-14.

La Libertad, (10 de marzo de 1927), p. 6; (29 de diciembre de 1928), p.5; (11 de junio de 1929), p.1; (3 de agosto de 1933), número 4173, p.9; (27 de mayo de 1934).

La Nación, (19 de noviembre de 1925), p.8; (28 de julio de 1926), p. 2; (10 de marzo de 1927), p.6; (1 de octubre de 1927), número 1, p.4; (9 de diciembre de 1929), p.2; (25 de diciembre de 1929), p.7; (6 de septiembre de 1933), p.12.

La Vanguardia, (1 de junio de 1895), p.3; (31 de octubre de 1915), p.16; (15 de octubre de 1927), p. 9; (8 de diciembre de 1929), p.31; (9 de enero de 1931), p.3; (1 de diciembre de 1933), p.21.

La Voz, (2 de junio de 1924), p.5; (5 de diciembre de 1928). Año IX, número 3366, p.10; (2 de octubre de 1929), p.3; (7 de noviembre de 1931). Año XII, número 4279, p.6; (6 de noviembre de 1931). Año XII, número 4278, p.1; (5 de diciembre de 1933). Año XIV, número 5496, p.6.

Los Avisos de Madrid, (10 de abril de 1881), p.146

Nuevo Mundo, año 1909; (13 de abril de 1911), p.15.

Revista de Especialidades Médicas (1903), p. LIV; (1905), p. CXI.

Revista de sanidad militar, (15 de junio de 1918), p. 1; (15 de noviembre de 1923), p.18.

Revista frenopática española. (1911), número 100, p.128

Revista ibero-americana de ciencias médicas, (septiembre de 1918), p. 81; (octubre de 1924), número 114, p.12; (enero de 1930), número 44, p.15.

La Escuela moderna (suplemento). (28 de marzo de 1917), número 2.120, p.12.

FUENTES IMPRESAS

Allport G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Henry Holt and Company.

Alt, C. (1910). Tratamiento dietético de los epilépticos. *Revista Frenopática Española*, 8, 275 – 279.

Álvarez Nouvilas, P. (1932). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 89, 78–82; 108–113; 132–135; 163–167.

Álvarez Sainz de Aja, E. y Bertolotty Ramírez, R. (1930). La inoculación de paludismo en la parálisis general progresiva. Método de Wagner Von Jauregg, *Medicina Ibero*, 24, 473–483.

Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Cursos de 1928-29, 1929-30 y 1930-31. (1931). Córdoba. Tipografía Artística.

Asociación Española de Neuropsiquiatras. I reunión anual (21, 22 y 23 de junio de 1926, Barcelona). (1926). *Archivos de Neurobiología*, 6, 160–161.

Azua, J. (1909). Preparación de los calomelanos, salicilato de mercurio, y óxido amarillo de mercurio, para inyecciones, según la fórmula de aceite gris de Lang. *Actas Dermosifiliográficas*, 1, 105 – 108.

Azua, J. (1912). El neosalvarsán: primeras impresiones clínicas. *Actas dermosifiliográficas*, 3, 107 – 153.

Baillarger, J. (1890). *Recherches sur les maladies mentales*. París: Masson.

Baillarger, J. (1995). [1854]. Locura de doble forma. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), p. 671–680.

Baillarger. (1854). Locura de doble forma. *Siglo Médico*, 1 (93).

Barcia Caballero, J. (1901a). Manía aguda, ¿producida por la tenia?. *Siglo Médico*, 48, 780–781.

Barcia Caballero, J. (1901b). Un caso de manía aguda curada a beneficio de una erisipela facial. *Revista de Especialidades Médicas*, 4, 341–343.

Barcia Caballero, J. (1902). *El Estupor Melancólico*. Santiago: Imp. y Lit. de José M. Paredes.

Barcia Caballero, J. (1904). Los escritos de los locos I y II. *Revista de especialidades médicas*, 149–151; 309–311.

Barcia Caballero, J. (1908). Importancia del trabajo en la terapéutica de la locura. *Revista de Especialidades Médicas*, 11, 361–366.

Barcia Caballero, J. (1999). [1915]. *De Re-Phrenopática y otros artículos*. Santiago: Xunta de Galicia

- Barr, M. W. (1904). *Mental defectives, their history, treatment and training*. Philadelphia: P. Blackiston's Son & Co.
- Bellogín, A. (1902). *Prontuario sinóptico de farmacografía moderna*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas.
- Bermejillo, A. (1885). Histero-epilepsia. *Siglo Médico*, 32, 344–346; 358–359.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien. En *Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig-Viena, Franz Deuticke.
- Bonafonte Nogués, M. (1900). *Degeneración y locura*. Zaragoza: Tipografía de Manuel ventura.
- Bravo y Moreno, F. (1923). Anomalías del sentido moral y del carácter en los degenerados. *Revista de Especialidades Médicas y Cirugía*, 6, 315-321.
- Briand, M. (1906). Profilaxis y tratamiento de la tuberculosis en los asilos de enfermos de la mente. *Revista Frenopática Española*, 4, 86 – 90.
- Brière de Boismont, A. J. F. (1864). Des écrits des aliénés. *Annales Médico- Psychologiques*, 1, pp. 257-263.
- Cabanis, P. J. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: Baillière.
- Camino Galicia, J. (1921). Terapéutica médico-social contra los degenerados mentales. *Medicina Íbera*, 14, 75-79; 95-97.
- Castañeda, J. M. (1879-1880). Delirium tremens agudo. Curación rápida por el tártaro emético unido al opio. *Independencia Médica*, 11, 103-104.
- Castañeda, V. (Abril- Junio 1928). El Excmo. Sr. D. Juan Pérez de Guzmán y Gallo. Secretario perpetuo de la Real Academia de la Historia. *Boletín de la Real Academia de la Historia*. Tomo CII, Cuaderno II.
- Castello, V. (1862). La electroterapia contra el histerismo. *La España médica, Iberia médica y Crónica de los hospitales*, 7, 308.
- Castellví y Pallarés, F. (1857a). ¿Puede haber monomanía sin delirio?. *Siglo Médico*, 4,18.
- Castellví y Pallarés, F. (1857b). Sobre la monomanía sin delirio. *Siglo Médico*, 4, p.369-371; 377-379; 393-395; 401-402.
- Castellví y Pallarés, F. (1858). Sobre la monografía de la monomanía. *Siglo Médico*, 5, 363-364.
- Cebrián (1922). Un caso de epilepsia jacksoniana, específica, tratado con el quinio bismuto. *Progresos de la Clínica*, 23, 206-207.
- Charcot, J. M. (1872-73). *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris: Bourneville.
- Charcot, J. M. (1882). *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*. Madrid: Imprenta de A. Pérez Dubrull.
- Chaslin, P. (1895). *La confusion mentale primitive*. París: Asselin et Houzeau.
- Chaslín, P. (1912). *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*. Paris: Asselin et Houzeau.
- Clérambault, G. G. (1942). *Ouvre Psychiatrique réuni et publié sous les auspices du Comité des Élèves et des Amis de Clérambault per Jean Fretet* (pp. 455-656). Paris: Presses Universitaires de France

- Clérambault, G. G. (1995). [1920-1927]. *El automatismo mental*. Madrid: Dorsa.
- Clouston, T. (1892). *Clinical Lectures on Mental Diseases*. London: J. & A. Churchill.
- Código Penal (1929). Madrid: Góngora.
- Conolly, J. (1847). *The Construcction and Government of Lunatics Asylums and Hospitals of the Insane*. London: John Churchirl, Princess Street, Soho.
- Conolly, J. (1856). *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint*. London: Smith Elder & Co.
- Cotard, J. y Séglas, J. (2008). [1882]. *Delirios melancólicos. Negación y enormidad*. Madrid: Ergon.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of the species*. New York: D. Appleton and Company.
- Decreto para la asistencia a los enfermos mentales. (2000). [1931]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 181-188.
- Dorado Montero, P. (1906). Errores Judiciales: Locos condenados por los tribunales. En *Los peritos médicos y la justicia criminal* (pp. 263-282). Madrid: Hijos de Reus.
- Dubois, P. (1932). *La educación de sí mismo*. Madrid: Francisco Beltrán.
- Editorial. (1920). *Archivos de Neurobiología*, 1.
- Enciclopedia Universal Europeo-Americana Espasa Calpe*. (1923). Tomo XLIX. Barcelona: Hijos de J. Espasa, Editores.
- Escalas Real, J. (1928). Sobre el internamiento de los enfermos mentales declarados irresponsables en España (Una disposición acertada). *Archivos de Neurobiología*, 8, 184 – 187.
- Escalas Real, J. y Villacian, J. M. (1930). Cómo debe ser el régimen interior de los manicomios provinciales. *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 13, 149–152.
- Escuder, J. (1895). *Locos y anómalos*. Madrid: Establecimiento Tip. Sucesores de Rivadeneyra.
- Escuela Central de Anormales. (1926). *Ministerio de instrucción pública*. Madrid: Tipográfica Blass, S. A.
- Espina y Capó, A. (1906). Alcohol y Tuberculosis. Comunicación hecha al Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París en octubre de 1905. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 70(916), 129-140.
- Espina y Capó, A. (1921). *La Conferencia de París en octubre de 1920 para fundar la Asociación Internacional contra la Tuberculosis*. Conferencia dada bajo la presidencia de S.M. la Reina D^a Victoria Eugenia en la R. A. N. M. Madrid: Minuesa e hijos.
- Esquirol, J. E. D. (1818). *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris: Panckoucke.
- Esquirol, J.E.D. (1820). Melancolie. *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris : Panckoucke.
- Esquirol, J. E. D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris: Chez J. B. Baillière. Libraire de L'Académie impériale de Médecine.

- Esquirol, J. E. D. (1997). [1838]. *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Dorsa.
- Ezquerro Baig, R. (1886). *Reseña y crítica de los trabajos verificados en el laboratorio sobre la infecciosidad y los microbios de la tuberculosis. Etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, enfermedad contagiosa y parasitaria*. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya.
- Falret, J. P. (1864). *Des maladies mentales. Leçons cliniques & considérations générales*. Paris: J. B. Baillière et Fils.
- Faure, M. (1907). El tratamiento mercurial en la tabes y tuberculosis. *Archivo de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 5, 162-164.
- Fernández Méndez, Á. (1933). La neurología en la segunda mitad del siglo XIX. En: *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina. Tomo II. Curso 1932-1933* (pp.55-72). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- Fernández Sanz, Á. y Conde, V. (1969). *Breve historia del hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Puedo Artes Gráficas.
- Fernández Sanz, E. (1903a). Comentarios a un caso de tabes dorsal con síntomas tróficos. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 9, 75-86.
- Fernández Sanz, E. (1903b). Histerismo asociado a otras enfermedades. *Revista de Especialidades Médicas*, 6, 127-128; 139-141.
- Fernández Sanz, E. (1903c). La hemiplegia espasmódica infantil. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 367-385.
- Fernández Sanz, E. (1903d). Las determinaciones blenorragicas en los centros nerviosos. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 131-145.
- Fernández Sanz, E. (1903e) Las consecuencias remotas de los traumatismos medulares. *Instituto Quirúrgico de la Moncloa*, 367-388.
- Fernández Sanz, E. (1903f). Alcoholofilia. *La Correspondencia. Médica*, 38, 2-3.
- Fernández Sanz, E. (1904a). Dos casos de histerismo infantil. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 12(23), 1-14.
- Fernández Sanz, E. (1904b); El diagnóstico precoz de la tabes dorsal. *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 11, 119-138; 304-322
- Fernández Sanz, E. (1904c). El hibridismo tabetoparalítico. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 62, 361-369; 401-408
- Fernández Sanz, E. (1906a). Delirio persecutorio senil. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 72, 441-450.
- Fernández Sanz, E. (1906b). Tabes dorsal y parálisis general. *Siglo Médico*, 53, 549-550.
- Fernández Sanz, E. (1906c). Un caso de tabo-parálisis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 72, nc.
- Fernández Sanz, E. (1907a). Clasificación de las enfermedades mentales. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52 - 65.
- Fernández Sanz, E. (1907b). Un caso de acromegalia y demencia precoz. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 75, 116-119.

- Fernández Sanz, E. (1908). Un caso de demencia precoz catatónica. *Revista de Especialidades Médicas*, 11, 413-420.
- Fernández Sanz, E. (1909a). Un caso de astasia-abasia periódica. *Revista de Especialidades Médicas*, 13, 337-343.
- Fernández Sanz, E. (1909b). Un caso de psicosis alucinatoria aguda. *Revista Frenopática Española*, 7(79), 209-212.
- Fernández Sanz, E. (1909c). Un caso de psicosis alucinatoria aguda. *Siglo Medico*, 56, 738-740.
- Fernández Sanz, E. (1909d). La patogenia de la tabes dorsal y de la parálisis general, según la escuela escocesa. *Revista Clínica de Madrid*, 1, 29-34.
- Fernández Sanz, E. (1909e). Un caso de sífilis cerebral precoz. *Siglo Médico*, 56, 146-148
- Fernández Sanz, E. (1910). Demencia precoz y cerebropatía infantil. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 88, 129-138.
- Fernández Sanz, E. (1911a). *Limitaciones prácticas de la psicoterapia*. Madrid: Imprenta de Eduardo Arias.
- Fernández Sanz, E. (1911b). El Salvarsan "606" de Ehrlich-Hata en Neurología. *España Médica* (10 de abril de 1911).
- Fernández Sanz, E. (1912a). Un caso de demencia infantil. *Anales de Psiquiatría y Neurología*, 7(enero), nc.
- Fernández Sanz, E. (1912b). *Enfermedades de las glándulas de secreción interna*. Madrid: Editorial Francisco Beltrán.
- Fernández Sanz, E. (1914a). El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 104, 89 – 97
- Fernández Sanz, E. (1914b). Las secreciones internas en relación con la patología mental. *La Clínica Moderna*, 13, 238-244; 258-269.
- Fernández Sanz, E. (1914c). *Histerismo: Teoría y Clínica*. Madrid: Editorial Francisco Beltrán.
- Fernández Sanz, E. (1914d). Contribución clínica a la terapéutica de la epilepsia idiopática. *Los Progresos de La Clínica*, 4, 257 – 269.
- Fernández Sanz, E. (1915a). Contribución a la psiquiatría de la guerra. Comentarios al determinismo causal y a la sintomatología de las psicosis de origen bélico. *Revista Clínica de Madrid*, 13, pp. 121-131.
- Fernández Sanz, E. (1915b). Observaciones personales de psicopatías ocasionadas por la actual guerra europea. *El Progreso de la Clínica*, 5, 170-178.
- Fernández Sanz, E. (1915c). Sífilis nerviosa conyugal. *Siglo Médico*, 62, 290-293.
- Fernández Sanz, E. (1916a). Novísimas orientaciones psicoterápicas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 111, 361-370.
- Fernández Sanz, E. (1916b). Consideraciones patogénicas y semiológicas sobre un caso de tabes dorsal complicado con hemiplejía por reblandecimiento cerebral. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 113, 441-448
- Fernández Sanz, E. (1916c). *Anales de la Real Academia de Medicina*, 36 (1), 300-305.

- Fernández Sanz, E. (1917a). Psicopatología de la guerra. *El Progreso de la Clínica*, 9, 100-119, 209-219.
- Fernández Sanz, E. (1917b). Sobre el tratamiento intrarraquídeo de las neuropatías sifilíticas. Nota preliminar. *Siglo Médico*, 64, 846-849.
- Fernández Sanz, E. (1918a). Los ideales en psicoterapia. *Medicina Ibero*, 3, 266-268; 293-296; 320-324; 348-352.
- Fernández Sanz, E. (1918b). Psicosis alucinatoria crónica e hipertiroidismo. *Medicina Ibero*, 2, 287-289.
- Fernández Sanz, E. (1919a) La protección a la infancia mentalmente anormal. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 123, 117-124.
- Fernández Sanz, E. (1919b) Algunos aspectos modernos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general. *Siglo Médico*, 66, 453-456.
- Fernández Sanz, E. (1919c). *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula*. Madrid: Saturnino Calleja.
- Fernández Sanz, E. (1920a). La hidroterapia en las psiconeurosis. *Siglo Médico*, 67, 449-451.
- Fernández Sanz, E. (1920b). Los baños de mar y el clima litoral en los enfermos psiconeuróticos. *La Medicina Ibero*, 12, 289 – 291.
- Fernández Sanz, E. (1920c). La acción moralizante de la Psiconeurosis. *Boletín de la Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 52, 401-407.
- Fernández Sanz, E. (1921a). La Reforma de los Manicomios Españoles. *Siglo Médico*, 69, 261–265.
- Fernández Sanz, E. (1921b). Un caso de psicastenia infantil. *Medicina Ibero*, 15, 28- 30.
- Fernández Sanz, E. (1921c). *Las Psiconeurosis*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fernández Sanz, E. (1921d). La Reforma de los Manicomios españoles. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, tomo 401, 109–135.
- Fernández Sanz, E. (1922a). *Tratamiento psíquico: principios fundamentales y métodos modernos del tratamiento de las enfermedades*. Madrid: Saturnino Calleja.
- Fernández Sanz, E. (1922b). Organización en España de la Liga de Higiene Mental y de protección a los alienados. *Siglo Médico*, 69, 592 – 596.
- Fernández Sanz, E. (1923). La transformación del régimen manicomial. Su fundamento humanitario y científico. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 49, 241–247.
- Fernández Sanz, E. (1924). Consideraciones generales sobre el concepto moderno de las Psiconeurosis y su clasificación práctica. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 52, pp. 193-202.
- Fernández Sanz, E. (1927a). Algunas reflexiones sobre la acción colectiva en pro de la higiene mental en España. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 4(2), 182 – 185.
- Fernández Sanz, E. (1927b). Constituciones y tendencias psicopáticas. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 26, 719 – 722.
- Fernández Sanz, E. (1928). Los sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 28, 725-727.

- Fernández Sanz, E. (1929a). El problema nosológico de la manía crónica. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 30, 625 – 628.
- Fernández Sanz, E. (1929b). Sobre las relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniaco-depresivos. *Siglo Médico*, 83, 73 – 75.
- Fernández Sanz, E. (1930a). Algunas consideraciones sobre la sulfoterapia en Psiquiatría. *Archivo de Medicina, Cirugía y especialidades*, 33, 543.
- Fernández Sanz, E. (1930b). Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 32, 29-32.
- Fernández Sanz, E. (1931). La función del Estado en la asistencia a los alienados. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 34, 57–60.
- Fernández Sanz, E. (1933a). La esquizofrenia en la Infancia. *Archivos de Neurobiología*, 13(4), 737 – 742.
- Fernández Sanz, E. (1933b). García del Real y su obra. En *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*. Tomo II. Curso 1932-1933 (pp. 591-594). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- Fernández Sanz, E. (s/f). *Disciplina de los nervios y régimen de salud mental*. Madrid: Francisco Beltrán.
- Fleury, M. (1929). *Los locos, los pobres locos y la sensatez que nos enseñan*. Madrid: Francisco Beltran.
- Foster, G. H (1899). Hydric treatment of the insane. *American Journal of Insanity*, 55, p. 639-665.
- Foville, A. L. (1871). *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris: J. B. Baillière.
- Fraser, D. (1879). Spanish Asylums. *Journal of Mental Science*, 25(111), 347 – 358.
- Galcerán Gaspar, A. (1909). Tratamiento de la parálisis general por el mercurio. *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 7, 150-151.
- Galcerán Gaspar, A. (1910). *Acción social contra la sífilis*. Barcelona: Tipografía La Académica.
- Galcerán Gaspar, A. (1913). Histeroepilepsia clásica aunque no frecuente. *Archivo de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 11, 70-72.
- Galcerán y Granés, A. (1885). Consideraciones críticas sobre el Real decreto sobre la reglamentación de los manicomios. *Revista Frenopática Barcelonesa*, 5, 125–132.
- Galcerán y Granés, A. (1892). *El moderno manicomio de San Baudilio de Llobregat científicamente considerado*. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad.
- Galcerán y Granés, A. (1907). *Cómo deben ser los asilos para los enfermos de la mente*. Barcelona: Imp. La Académica.
- Galcerán y Granés, A. (1910). Trabajos presentados al V Congreso Internacional de Electrología y Radiología médicas. 1910. Alcances de la electroestática en el histerismo. Indicaciones de la galvanización cerebral. *Revista Médica de Sevilla*, 55, 184-186.

- Galcerán y Granés, A. (1911). Sociedad de psiquiatría y neurología de Barcelona. Discurso inaugural del presidente Dr. D. Arturo Galcerán y Granés. *Revista Frenopática Española*, 3, 85–93.
- García del Real, E. (1910). El nuevo remedio de Ehrlich-Hata "606" contra la sífilis. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 34, 89–97.
- García del Real, E. (1933). El Dr. Enrique Fernández Sanz. En *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina. Tomo II. Curso 1932-1933* (pp.587–589). Madrid: Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- Garrido y Escuin, V. (1888). *La Cárcel o el Manicomio. Estudio médico legal sobre la locura*. Madrid: Casa Editorial de José María Faquinet.
- Gayarre, M. (1909). Memoria de los Manicomios de Ciempozuelos. *Revista Frenopática Española*, 7, 154 – 158.
- Gayarre, M. (1912). Memoria del Manicomio de Ciempozuelos (1911). *Revista Frenopática Española*, 111, 71–89.
- Gimeno Riera, J. (1908). *La Casa de locos de Zaragoza y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia*. Zaragoza: Librería de Cecilio Gasca.
- Gimeno Riera, J. (1911). *La Locura. Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades mentales*. Zaragoza: Imprenta y Encuadernación Clínica y Laboratorio.
- Gimeno Riera, J., Escalas Real, J. y Torras, O. (1926). Creación de un cuerpo de alienistas. *Archivos de Neurobiología*, 6, 239–242.
- Giné y Partagás, J. (1875). *Curso elemental de Higiene Privada y Pública*, 3ª ed., 2 vol., Barcelona: Juan Bastinos e hijo.
- Giné y Partagás, J. (1876). *Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología*. Madrid: Moya y Plaza. Libreros editores.
- Giné y Partagás, J. (1884a). Ensayo Médico-administrativo sobre el ingreso, estancia y salida de los enfermos de la mente en los asilos públicos y privados. En *Primer Certamen Frenopático Español* (pp. 147–172). Barcelona: La Academia.
- Giné y Partagás, J. (1884b). Discurso de apertura. En *Primer Certamen Frenopático Español* (pp. 17–25). Barcelona: Establecimiento tipográfico "La Academia" de E. Ullastres.
- Giné y Partagás, J. (1886). De la necesidad de popularizar el conocimiento de la alienación mental. *La independencia médica*, 21, 237–243
- González Ferradas, M. (1943). La asistencia psiquiátrica en España. *La Semana Médica Española*, 117, 1–10.
- Handbook for the instruction of attendants on the insane* (1885). London: Bailliere Tindall & Cox.
- Hecker, E. (1871). Die Hebehrnie. *Virchows Archiv*, 52, 394–429.
- Hecker, E. (1995). [1871]. La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 287–293.
- Herman, S. (1936). Defensa de la terapéutica ocupacional. *Archivos de Neurobiología*, 16 (3–6), 471–505; 533–566; 575–582.

- Herman, S. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat editores.
- Hernández Iglesias, F. (1876). *La Beneficencia en España*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Manuel Minuesa.
- Holsbeck, H. (1870). Corea y manía: curación por medio de la electroterapia. *Gaceta Médica de Granada*, 2, 285-286.
- Howard, J. (1777). *The state of prisons in England and Wales*. Warrington: William Eyres.
- Huette, C. (1850) *Reserches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de potassium*. Thesis. Paris: Rignoux.
- Huss, M. (1852). *Alcoholismus Chronicus*. Estocolmo: Firtze.
- Imposición pública y solemne de la placa de la orden civil de beneficencia de primera clase a Sor Teresa Viver y Candell, superiora de las Hijas de la Caridad de Santa Isabel, de Leganés*. (1916). Madrid: Establecimiento tipográfico de Fortanet.
- Instituto de Medicina Social. (1919). *La Medicina Social Española*, 81 (5 de mayo de 1919), 223 – 224.
- Instrucción General y Reglamentos interiores de asilos y colegios perteneciente a la Beneficencia General*. (1873). Madrid: Imprenta Nacional.
- Jackson, J. A. (1915). Hydrotherapy in the treatment of mental diseases: its forms, indications, contraindications and untoward effects. *JAMA*, 64, 1651.
- Jelly, F. A. (1885). A Glance at Lunacy in Spain. *The British Journal of Psychiatry*, 31(134), 193–198.
- Juarros, C. (1914a). Un caso de veronalismo agudo. *Siglo Medico*, 14(61), 50-51.
- Juarros, C. (1914b). El luminal en el tratamiento de las crisis convulsivas. *Siglo Médico*, 61, 242-243.
- Juarros, C. (1918). Carta abierta. *Siglo Médico*, 3387, pp. 229-230
- Juarros, C. (1920). *Tratamiento de la Morfinomanía*. Madrid: Saturnino Calleja.
- Juarros, C. (1921a). Nueve casos de epilepsia esencial tratados, durante más de tres años, por el luminal. *Siglo Médico*, 68, 573-575.
- Juarros, C. (1921b). Tratamiento de la epilepsia por el luminal. *Medicina Íbera*, 14, 366-367
- Kahlbaum, K. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlín: Hirschwald.
- Kraepelin, E. (1893). *Psychiatrie*, 4ª ed. Leipzig: Abel.
- Kraepelin, E. (1896). *Compendium der Psychiatrie*, 5ª ed. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie*, 8ª ed. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (2013). [1913]. *La locura maniaco depresiva*. Madrid: Ergon.
- Kretschmer, E. (1954). *Psicología médica*. Barcelona: Labor, S. A.
- Kretschmer, E. (2015). [1921]. Constitution and character: Research on the constitution and the doctrine of temperaments. *Vertex*, 26(122), 303-317.

- La visita del Dr. E. Kraepelin a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología (1924). *Psiquiatría*, 3 (4), 26-27.
- Labarta, B. (1922). Trabajo de los locos en los frenocomios. *Siglo Médico*, 69, 583-585.
- Laín Entralgo, P. (1950). *La Historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: CSIC.
- Larra y Cerezo. (1899). *Anuario Médico-Farmacéutico*. Madrid: Administración de la "Revista de Clínica, Terapéutica y Farmacia".
- Leloir, M. H. (1879). De las corrientes eléctricas en el histerismo. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 4, 234-235.
- Leuret, F. (1840). *Du traitement moral de la folie*. Paris: Baillière.
- Levi Blanchini, M. y Nardi, J. (1932). Malarioterapia en las psicosis no luéticas. *Archivos de Neurobiología*, 427-446; 585-629.
- Llinas, N. (1905a). Tratamiento de las enfermedades mentales por los trabajos manuales. *Revista Frenopática Española*, 36, 358.
- Llinas, N. (1905b). Tratamiento de los grandes síndromes mentales: agitación, depresión, confusión. *Revista Frenopática Española*, 36, 389-391, p. 391.
- Llopis, B. (1954). La psicosis única. *Archivos de Neurobiología*, 17, p.2-39 y 141-163.
- Llorach, P. (1862). Manicomios de España. *Siglo Médico*, 787-789.
- Locos en la cárcel. (1901). *Revista de las prisiones*, p. 369-370.
- Lombroso, C. (1876). *L'uomo delinquente*. Milano: Ulrico-Hoepli.
- López Albo, W. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 219-225.
- López Albo, W., Fuster, J. y Morales, M. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados, conclusiones. *Archivos de Neurobiología*, 6, 236-237.
- Macedo y Valle, L. (1862). La electroterapia contra el histerismo. *La España médica, Iberia médica y Crónica de los hospitales*, 7, 308-309.
- Maestre, T. (1906). Formas y patogenia de la demencia precoz. *Revista Frenopática Española*, 4, 177-186, 210-221, 314-319, 340-349.
- Magnan, V. (1892). *Le délire chronique à évolution systématique*. Paris: Masson.
- Magnan, V. (1896a). Estado mental de los degenerados. Delirios sistematizados. I- Perseguidos- perseguidores. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 89-93; 131-139.
- Magnan, V. (1896b). Delirios sistematizados de los degenerados. Delirios crónicos de persecución. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 227-270.
- Magnan, V. y Legrain, P. M. (1895). *Les dégénérés. Etat mental et syndromes épisodiques*. Paris: R. et Cie.
- Marañón, G. (1922). Primeros resultados de nuestra experiencia metabolimétrica de las afecciones endocrinas. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 62(1), 85-91.

- Marcé, L. V. (1864). De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 21 (2ª série), pp. 379-408.
- Marín Agramunt, J. (1922). Las sales de bismuto en la neurosífilis. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 7, 109 – 117.
- Marín Agramunt, J. (1926). Plan Moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 232–235.
- Marinoni, A. (1918). Carta abierta. *Siglo Médico*, 3384.
- Martín Pérez, A (1888). *Guía de Madrid y de su provincia*. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio.
- Martin Salazar, M. (1916). *La sanidad en España. Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina*. Madrid: Imprenta del Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos, 109-110.
- Mas Casamada, J. (1909). Los nuevos métodos de tratamiento de la alienación mental. *Clínica Moderna*, 88, 551–556, p. 554-556.
- Mas Casamada, J. (1912). *El Manicomio Moderno*. Gerona: Dolores Torres.
- Mata, P. (1878). *Tratado de la razón humana en estado de enfermedad*. Madrid: Bailly-Bailliere.
- Mazo, I. (1888). Los Manicomios de España. *Siglo Médico*, 846–847.
- Medellín, J. M. (1914). *Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva*. Tesis doctoral. Universidad de Bogotá, Bogotá (Colombia).
- Mendiguchía Carriche, A. (1955). Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Archivos de Neurobiología*, 18(3), 933–944.
- Mendiguchía, A., Martín Vegué, A. y Fernández Méndez, E. (1930). La piretoterapia por el azufre en el tratamiento de la psicosis. *La Medicina Íbera*, 24, 205-207.
- Mesa, M. (1861). La Casa de Santa Isabel de Leganés. *España Médica*, 288, 363–366.
- Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Sanidad. (1880). *Memoria acerca del resultado que ofrece la estadística de los manicomios, censo de población acogida en ellos durante el año económico de 1879-80 y su comparación con la Gaceta de 7 de octubre de 1848*. Madrid: Tello.
- Monasterio y Correa, R. (1851). Una visita al Hospital de dementes de Leganés. *Gaceta Médica*, 7, 164–167.
- Morales Fernández, A. (1912). *Memoria sobre la medicación antisifilítica con el "606" o Salvarsan: Ensayos hechos en el Hospital Militar de Carabanchel*. Madrid: (s. n.).
- Morales, J. (1909). Veronal. *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, 22, 449–450.
- Morel, B. A. (1852-53). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*. París: Nancy. Grimblot et Veuve Raibois.
- Morel, B. A. (1857). *Traité de dégénérescences physique, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris: Chez J. B. Baillière. Libraire de L'Académie impériale de Médecine.
- Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: Librairie Victor Masson.

- Novellas, A. y Moles, E. (1909). *Formulario. Guía Farmacológica. Terapéutica y Análisis Químico-Farmacéutico*. Barcelona.
- Nuevos apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de la Administración* (1912-1915-1918). Madrid: Sucesores de Rivadeneyra.
- Ots y Esquerdo, V. (1889). *Tratamiento general de la locura: (Estudio crítico-analítico)*. Tesis doctoral. Universidad Central de Madrid, Madrid.
- Ots y Esquerdo, V. (1893). Locura persecutoria. *Siglo Médico*, 40, 505 – 507.
- Ots y Esquerdo, V. (1897) *Neurosis y degeneración*. Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía.
- Ots y Esquerdo, V. (1901). Locura Neurasténica. *Revista de Especialidades Médicas*, p. 385-388.
- Ots y Esquerdo, V. (1903). Lipemanía aguda. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 58, 165-168.
- Ots y Esquerdo, V. (1906). Lipemanía estuporosa. *Revista de Especialidades Médicas*, 9, 223-225
- Perceval, J. T. (1840). *A narrative of the treatment experienced by a Gentleman during a state of mental derangement design to explain the causes and the nature of insanity and to expose the injudicious conduct pursued towards many unfortunate sufferers under that calamity*. London: Effingham Wilson.
- Perdomo Hurtado, B. (1919). Relación de un caso de epilepsia, de origen específico, curado con el mercurio. *Clínica Moderna*, 18, 122-124.
- Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1906). *Versos de varia edad*. Madrid: Imprenta de Fortanet.
- Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911). *Sor Teresa Viver y Candell: Superiora de las hijas de la caridad*. Madrid: Imprenta de Fortanet.
- Pérez López-Villamil, J. (1931). *La piretoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia: estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos*. Tesis doctoral. Santiago: Tip. Faro de Vigo.
- Pi i Molist, E. (1860). *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz*. Barcelona: Imprenta y librería politécnica de Tomás Gorch.
- Pinel, P. (1798-An VI--VII). *Nosographie philosophique au Méthode de l'analyse appliqué á la médecine*. Paris: Crapelet.
- Pinel, P. (1800-An VIII-IXX). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Caille et Ranvier.
- Pinel, P. (1802). *La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière*. Paris: Brosson, Gabon et Cie.
- Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental del alma o manía*. Madrid: Imprenta Real.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, 2ª édition. París: J. A. Broson.

- Pinel, P. (1988). [1804]. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Madrid: Ediciones Nieva.
- Prichard, J. C. (1842). *On the different forms of insanity. In relation to jurisprudence*. Londres: Hippolyte Baillière.
- Pulido, A. (1888). Barcelona Médica. *Siglo Médico*, 802–803.
- Pulido, A. (1889). Los Manicomios de España. El de Santa Isabel de Leganés. *Siglo Médico*, 36, 101–102.
- Regis, E. (1885). *Manuel Pratique de Médecine Mentale*. Paris: Octave Doin.
- Regis, E. (1909). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Saturnino Calleja Fernández.
- Rey Ardid, R. (1932). Organización de la terapéutica activa en los manicomios españoles. *Archivos de Neurobiología*, 12(6), 917 – 944.
- Rísquez. (1901). Sección profesional. *Revista de Especialidades Médicas*, p. LXVII-LXX.
- Rocha, F. Da. (1907). Moléstias Mentais em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Ano 3(3 y 4), 274–284.
- Rodríguez Arias, B. (1918). *La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis general*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Rodríguez Arias, B. (1925). Reunión nacional de neuropsiquiatras. *Archivos de neurobiología*, 5, 79-84.
- Rodríguez Arias, B. (1929). La terapéutica por el trabajo en los Manicomios. *Revista Médica de Barcelona*, 11, 356 – 358.
- Rodríguez Lafora, G. (1912a). Eugénica o la ciencia de la herencia. *España Médica*. (20 de mayo de 1912), 10–11.
- Rodríguez Lafora, G. (1912b). Eugénica o la ciencia de la herencia II. *España Médica*. (10 de junio de 1912), 1–3.
- Rodríguez Lafora, G. (1916). Los manicomios españoles. *España*, 90, 8–10.
- Rodríguez Lafora, G. (1921). Progresos recientes en el tratamiento de la neurosífilis. *Archivos de Neurobiología*, 2(1), 56-70.
- Rodríguez Lafora, G. (1924a). Investigaciones experimentales recientes sobre sífilis neurotrópica y el problema de la parálisis general. *Archivos de Neurobiología*, 4, 54-70.
- Rodríguez Lafora, G. (1924b). Sobre la tabes. *Archivos de Neurobiología*, 4, 97-117.
- Rodríguez Lafora, G. (1924c). La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría. *La Medicina Íbera*, 18, 1061-1063.
- Rodríguez Lafora, G. (1924d). Sobre la narcosis prolongada por el somnífeno en psiquiatría. *La Medicina Íbera*, 18, pp. 1157-1159.
- Rodríguez Lafora, G. (1925a). Patogenia y tratamiento de las esquizofrenias. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 18, 368-391.
- Rodríguez Lafora, G. (1925b). Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente. *Archivos de Neurobiología*, 5, 101-128.

- Rodríguez Lafora, G. (1926a). Sobre el tratamiento de la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 6 (3), p. 102-107.
- Rodríguez Lafora, G. (1926b). El tratamiento intrarraquídeo de la tabes por el bismuto. *Medicina Ibero*, 20, 109-113.
- Rodríguez Lafora, G. (1927). Las artropatías tabéticas y la terapéutica intrarraquídea por el bismuto. *Siglo Médico*, 79, 105-106.
- Rodríguez Méndez, R. (1905). *El ingreso en los Manicomios desde el punto de vista médico-legal. Conferencia dada en la Real Academia de jurisprudencia y Legislación de Madrid el 25 de abril de 1903*. Barcelona: Tipografía La Académica.
- Rodríguez Morini, A. (1905). El Manicomio de Sant Boi de Llobregat. Memoria medica correspondiente al año 1904, presentada a la Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 3(35), 335 – 341.
- Rodríguez Morini, A. (1906). La asistencia a los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el Manicomio de San Baudilio (Barcelona). *Revista Frenopática Española*, 46, 293-302.
- Rodríguez Morini, A. (1907). Memoria medica correspondiente al año 1906, presentada a la Excelentísima Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 60, 353 – 360.
- Rodríguez Morini, A. (1910). Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Memoria médica correspondiente a los años 1908 y 1909 presentada a la Excma Diputación Provincial de Barcelona. *Revista Frenopática Española*, 8, 321–325.
- Rodríguez Morini, A. (1913). La picrotoxina, el arsénico y el bromuro potásico en el tratamiento de la epilepsia. *Revista Frenopática Española*, 11(132), 335 – 338.
- Rodríguez Morini, A. (1928). Segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 8, 120-130
- Rogues de Fursac, J. (1905). *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*. París: Masson.
- Rovira y Oliver, R. (1890). Sugestión: aplicación a la pediatría y a la educación mental de los niños viciosos y degenerados. *Gaceta Médica Catalana*, 13, 507.
- Sacristán, J. M. (1920). Ataques epilépticos en la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 1, p.17-22.
- Sacristán, J. M. (1925). Sobre el somnifeno en la psicosis maniaco-depresiva. *La Medicina Ibero*, 19, 188.
- Sacristán, J. M. (1926). Plan moderno de asistencia a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 6, 226–231.
- Sacristán, J. M. (2000). [1921]. Plan para la reforma de asistencia a los alienados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 129–139.
- Sacristán, J. M., Rodríguez Lafora, G. y Escalas Real, J. (1930). Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 32, 681 – 685.

- Sacristán, J.M. y González Pinto, J. (1924). La narcosis permanente de Kläsi en dos casos de psicosis maniaco-depresiva. *Archivos de Neurobiología*, 4 (2), 139- 150.
- Saforcada, M. y Busquet, T. (1926). Necesidad urgente de una revisión de la legislación relativa a los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 11, 179-188.
- Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (2000). [1926]. Enseñanza de la psiquiatría y de la Neurología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 177–179.
- Saforcada, M., Mira, E. y Rodríguez Arias, B. (2000). [1926]. Proyecto de creación de una liga de higiene mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75, 146–153.
- Salas y Vaca, J. (1901a). *Contribución al estudio de la parálisis facial*. Montilla: Imprenta M. de Sola Torices.
- Salas y Vaca, J. (1901b). Contribución al estudio de la parálisis facial. Conclusiones. *Revista de Especialidades Médicas*, 167–168.
- Salas y Vaca, J. (1902). Alcoholofobia. Al Dr. D. E. Fernández Sanz. *La Correspondencia Médica*, 37, 544 – 546.
- Salas y Vaca, J. (1903a). *Trofo-neurosis facial*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Ángel B. Velasco.
- Salas y Vaca, J. (1903b) La neurastenia, sus causas y tratamiento. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 60, 361–370; 401–413; 441–459.
- Salas y Vaca, J. (1903c). Consideraciones acerca de un síndrome protuberancial. *Revista de Especialidades Médicas*, 9–13.
- Salas y Vaca, J. (1903d). Naturaleza de las oftamoplegias. *Revista de Especialidades Médicas*, 156.
- Salas y Vaca, J. (1904). Enuresis nocturna de los adultos. *Revista de Especialidades Médicas*, 253–257.
- Salas y Vaca, J. (1905a). Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica. *Revista de especialidades médicas*, 201-207.
- Salas y Vaca, J. (1905b). Parálisis atrófica del adulto de forma aguda. *Revista de Especialidades Médicas*, 5–8.
- Salas y Vaca, J. (1905c). El Benzoato de Mercurio en la sífilis. *Revista de Especialidades Médicas*, 105–108.
- Salas y Vaca, J. (1906a). Las neurosis sintomáticas. Estudio clínico de los neurosisismos de causa orgánica. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 71, 321–332; 361–373; 401–417; 441– 456.
- Salas y Vaca, J. (1906b). Un caso de lesión encefálica. *Revista de Especialidades Médicas*, 84–85.
- Salas y Vaca, J. (1906c). Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de Mayo. *Siglo Médico*, 53, 450–451.
- Salas y Vaca, J. (1907a). Neuropatías específicas. Su grado de curabilidad. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, 17, 346–373; 18, 55–86.

- Salas y Vaca, J. (1907b). Esclerosis encefálicas de la infancia. Idiotismo. Hemiplegia. Paraplegia espasmódica y suspensiones del desarrollo del cerebelo y del lenguaje de los niños. *Revista de Especialidades Médicas*, 10, 401–416.
- Salas y Vaca, J. (1907c). Un caso de encefalopatía infantil. *Revista Frenopática Española*, 58, 316.
- Salas y Vaca, J. (1910). Cuadriplejía o neuritis motora de origen plúmbico. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, LXXL, 10–15.
- Salas y Vaca, J. (1911a). Psicosis epilépticas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 93, 289 – 299.
- Salas y Vaca, J. (1911b). El “606” en neurología. *España Médica*. (10 de abril de 1911), 12.
- Salas y Vaca, J. (1911c). La educación como base de nuestra integridad mental. *España Médica*. (1 de abril de 1911), 4-5.
- Salas y Vaca, J. (1912). La más peligrosa de las locuras. *España médica*. (1 de diciembre de 1912), 4-5.
- Salas y Vaca, J. (1913). Psicosis histéricas y coréicas. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 98, 129– 136; 169–175.
- Salas y Vaca, J. (1917). Crítica de “Locuras latentes”. Discurso leído en la inauguración del Ateneo Médico-Militar, por el Dr. D. Antonio Fernández Victorio, Profesor de Psiquiatría de la Academia Médico-Militar. *Revista de Sanidad Militar*, 7, 125 – 129.
- Salas y Vaca, J. (1920). *Los degenerados en sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya.
- Salas y Vaca, J. (1921a). La reforma de los manicomios en España. *España Médica*, 381, 1–3.
- Salas y Vaca, J. (1921b) Locura y delincuencia. *España Médica* (10 de julio de 1912), 11-12.
- Salas y Vaca, J. (1922a). Los enemigos de la familia y del orden social. *España Médica*, 396, 1–2.
- Salas y Vaca, J. (1922b). Paranoicos familiares. *El Siglo Médico*, 69, 176-178.
- Salas y Vaca, J. (1922c). *Pedagogía afectiva*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos.
- Salas y Vaca, J. (1923) Frenocomios españoles. I. Lo que fue, es y será el Manicomio de Leganés. *Ideal Médico*, 78, 284-287.
- Salas y Vaca, J. (1924a). *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos.
- Salas y Vaca, J. (1924b) Frenocomios españoles. II. Urgen sus reformas. *Ideal Médico*, 79, 2-6.
- Salas y Vaca, J. (1924c) Frenocomios españoles. III. Preceptos incumplidos. *Ideal Médico*, 80, 22-25; 8(81), 44-48.
- Salas y Vaca, J. (1924d) Frenocomios españoles. IV. ¿Labor estéril?. *Ideal Médico*, 82, 62-66.
- Salas y Vaca, J. (1924e) Frenocomios españoles. V. Tristes contrastes. *Ideal Médico*, 83, 82-85.

- Salas y Vaca, J. (1924f) Frenocomios españoles. VI. Tristes albergues. *Ideal Médico*, 84, 23-26; 86, 153-156; 88, 194-196.
- Salas y Vaca, J. (1926). La sugestión. Su influencia en la vida social. En *Discursos leídos en la sesión realizada el 4 de julio de 1926 para la recepción del Académico electo Excmo Sr. Gobernador Civil de la Provincia Doctor José Salas y Vaca*. Cádiz: Real Academia de Medicina de Cádiz.
- Salas y Vaca, J. (1927). El arte de gobernar es patrimonio de la ciudadanía. *Unión Patriótica*, 9, 9.
- Salas y Vaca, J. (1929). *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas.
- Salas y Vaca, J. (1931). *Psicosis sociales. Discurso leído en la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba*. Córdoba: Imprenta El Defensor.
- Salillas, R. (1888). *La vida penal en España*. Madrid: Imprenta de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia.
- Salillas, R. (1899). Los locos delincuentes en España. *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 94, 117-142.
- Sánchez-Herrero, A. (1904). El tratamiento curativo de la tuberculosis. En *XIV congrès international: Madrid, 23-30 avril 1903 comptes rendus*. Madrid: Imprenta de J. Sastre y C. Alameda.
- Sánchez-Covisa, J. S. (1923). El bismuto en el tratamiento de la sífilis. *Anales de la academia médico-quirúrgica española*, 11, 7-32.
- Sanfeliú, J. (1908). El veronal en el insomnio. *Archivo de Terapéutica de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 6(33), 76-78.
- Sanz y Gómez, T. (1893). Degenerados y regenerados. *Siglo Médico*, 40, 403-406; 421-423.
- Saye, L. (1933). Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España. *Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad*, 13, 14.
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Seguín, E. C. (1884). *Apuntes sobre Manicomios españoles. Actas del primer certamen frenopático español* (pp. 429-465). Barcelona: Establecimiento tipográfico La Academia de E. Ullastres.
- Segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados. *Archivos de Neurobiología*, 8, 120-130.
- Sereñana, P. (1886). Apuntes críticos sobre la vigente ley de dementes. *La independencia médica*, 21, 269-274
- Sérieux, P. y Capgras, J. (2007). [1909]. *Las locuras razonantes: el delirio de la interpretación*. Madrid: Ergon.
- Simón, H. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat editores.
- Torras, O. (1923). Las modernas orientaciones de la asistencia de los enfermos mentales. *Psiquiatría*, 2(1), 21-27

- Torras, O. (1924). Reunión general de neuropsiquiatras españoles. *Psiquiatría*, 19–24.
- Torres Casanovas, D. (1901). Tuberculosis pulmonar. *Revista de especialidades médicas*, p.427-430.
- Torres, R. (1859). De la locura y los manicomios. *La España Médica*, 4, 162 y 568.
- Trillat, E. (2012). Trastorno de conversión e histeria. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 499-519). Madrid: Triacastela.
- Vallejo Nágera, A. (1928a). Valor curativo de la piretoterapia en las esquizofrenias. *Medicina Ibero*, 22, 57- 60.
- Vallejo Nágera, A. (1928b). Piretoterapia de la demencia precoz. *Siglo médico*, 83, 778-781.
- Vallejo Nágera, A. (1928c). El tratamiento moderno de la demencia precoz (Esquizofrenias). *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 11, 470-475.
- Vallejo Nágera, A. (1929a). El tratamiento de la locura en 1858 y en 1928. *Siglo Médico*, 83, 127 – 132.
- Vallejo Nágera, A. (1929b). Piretoterapia de la demencia precoz con "Pyripher". *Siglo Médico*, 83, 778-781.
- Vallejo Nágera, A. y Álvarez Nouvillas, P. (1928). Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica. *Archivos de Neurobiología*, 8(6), 273-288.
- Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1927). *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la Parálisis General progresiva*. Madrid: Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro.
- Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1930). Paludización terapéutica en pacientes epilépticos. *Archivos de Neurobiología*, 10(1), 138-146.
- Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931a). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 88, 152-157.
- Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931b). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo médico*, 88, 176-182.
- Vallejo Nágera, A. y González Pinto, R. (1931c). Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Médico*, 88, 200- 203.
- Varela Montes, J. (1865). Causas de la tisis pulmonar y medios de evitar o disminuir sus estragos. En *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid, septiembre de 1864* (pp. 445-449). Madrid: Imprenta José M. Ducazcal.
- Vera, J. (1880). *Estudio clínico de la parálisis general progresiva de los enajenados*. Madrid: Moya y Plaza Ed.
- Villacián, J. M. (1929). Piretoterapia por vacuna. *Medicina Ibero*, 23, 97-99.
- Villacián, J. M. (1932). Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general. *Archivos de Neurobiología*, 2(12), 176-184.
- Villaverde y Larrar, J. M. (1925). Sobre la narcosis continuada por el somnifene en psiquiatría. *La Medicina Ibero*, 19, 53-58.
- Villaverde y Larrar, J.M. (1924). La narcosis continuada de Klassi y sus aplicaciones terapéuticas. *La Medicina Ibero*, 18, 1052-1056.

- Viota y Soliva, E. (1896). *Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial.
- Wagner-Jauregg, J. (1946). The history of the malaria treatment of general paralysis. *American Journal of Psychiatry*, 102, 577-582.
- Wagner-Jauregg, J. (1994). [1946]. The history of the malaria treatment of general paralysis. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6 Suppl), 231 – 235.
- Zapatero, E. (1925). Alcoholismo y degeneración. Comentarios a un caso de idiotez con ¿enfermedad de Waren Tay-Sachs?. *Siglo Médico*, 75, 320-322.
- Zaragoza Gilabert, F. (1929). El trabajo como terapéutica en los enfermos mentales; *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 36-43.

BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

- Acero Sáez, C. (1997). *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Albarracín Teulón, A. (1998). La Facultad de Medicina de Madrid (1843-1967). En J. Danón (ed.). *La Enseñanza de la Medicina en las Universidades españolas* (pp.31-54). Barcelona: Fundación Uriach 1838.
- Albarracín Teulón, A. (2000). *Historia del Colegio de Médicos de Madrid*. Madrid: ICOMEM.
- Alcaide González, R. (1999). La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 50 (15 de octubre de 1999).
- Aldo Conti, N. (2008). The moral treatment of Pinel in the origins of modern psychiatry. *Vertex*, 19(82), 394 – 396.
- Aldo Conti, N. (2015). Vincenzo Chiarugi: La pazzia y el Reglamento de Bonifacio en los orígenes de la psiquiatría moderna. *Asclepio*, 67 (2), 105, doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.23>
- Alonso Resalt, J. y López Muñoz M. (1999). *Los Alcaldes de Leganés*. Madrid: Legacom Comunicación, S.A.
- Alonso, P., Cobos, T., García, L., Pérez Cipitria, A., Segura, A.I. y Velasco, A. (2004). Los archivos del "Villacián": casos judiciales. En J. M. Álvarez Martínez y R. Esteban Arnaiz (coords.). *Crimen y locura: IV Jornadas de la Sección de Historia* (pp.135-148). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Álvarez Peláez, R. (1985). Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936). *Quipu*, 2(1), 95 – 122.
- Álvarez Peláez, R. (1988). El Instituto de Medicina Social: primeros intentos de institucionalizar la eugenesia. *Asclepio*, 40(1), 343-358.
- Álvarez Peláez, R., (1988) Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En J. M. Sánchez Ron. (ed.). *Ciencia y Sociedad en España: De la Ilustración a la guerra civil* (pp. 179-204). Madrid: Ediciones El arquero.

- Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y Locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets.
- Álvarez, J. M, Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Álvarez, J. M. (1985). Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que de este dimanen: paranoia (I) esquizofrenia (I). *Cuadernos de Psicología*, 2, 125–153.
- Álvarez, J. M. (1995). De la Locura de doble forma a la Psicosis maniaco-depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(55), 671–680.
- Álvarez, J. M. (1996a). Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16, 655–667.
- Álvarez, J. M. (1996b). Límites de la concepción fenomenológica del delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 257–276.
- Álvarez, J. M. (1996c). Enseñanzas clínicas de Ph Chaslin a propósito de las folies discordantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 297–311.
- Álvarez, J. M. (1996d). La invención de las parafrenias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 75–78.
- Álvarez, J. M. (1998). Emil Kraepelin y la locura maniaco depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 84–86.
- Álvarez, J. M. (1999). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos.
- Álvarez, J. M., Colina, F. y Esteban, R. (2009). A propósito de las Locuras Razonantes: El delirio de interpretación de Paul Sérieux y Joseph Capgras. *Frenia*, 9, 135–140.
- Angosto Saura, T., García Álvarez, M. X. y González García, A. (1998). Historia del Manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). *Siso Saude*, 31, 17–30.
- Angosto, T. (1985). D. José Pérez López Villamil o la pasión por el recuerdo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15), 484–492.
- Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Aparicio Basauri, V. y Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997). Norma y ley en la psiquiatría española (1822–1986). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 61, 125–145.
- Arana del Valle, J. M. (1986). *Estudio arquitectónico del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Ordenación del Territorio, Medio Ambiente y Vivienda.
- Arango, J. (1980). La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 10, 169–198.
- Artières, P. (1998). *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris : Institut Synthélabo (col. Les Empêcheurs de penser en rond).
- Artières, P. (2000). *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896–1909)*. Paris: Albin Michel.

- Avilés, J. (2008). Contra Alfonso XIII: atentados frustrados y conspiración revolucionaria. En J. Avilés y A. Herrerín, A. (eds.). *El nacimiento del terrorismo en Occidente. Anarquía, nihilismo y violencia revolucionaria* (pp. 141-158). Madrid: Siglo XXI.
- Aztarain Díez, J. (2005). *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868- 1954)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.
- Baguena Cervellera, M. J. (n.d.). La tuberculosis en la historia. *Anales de La Real Academia de Medicina de La Comunitat Valenciana*, 12, 1-8.
- Balbo, E. (1994). El hospital psiquiátrico de Leganés. *El médico*, 541, 677-682
- Balbo, E. (1998). Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869. En R. Ballester (ed.). *La Medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)* (pp. 265-275). Alicante: Instituto de Cultura «Juan Gil-Albert». Diputación Provincial de Alicante.
- Balme, R. (1976). Early medicinal uses of bromides. *Journal of the Royal College of Physicians*, 10, 205-208.
- Ban, T. (2007). Psicofarmacología: El nacimiento de una nueva disciplina. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 577-597). Madrid: Editorial Panamericana.
- Barcia Salorio, D. (2001). El Dr. J. Barcia Caballero (1852-1926). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda. (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.305-323). Ourense: Rodi. Artes Gráficas.
- Barfoot, M. y Beveridge, A. (1990). Madness at the crossroads. John Homes letters from the Royal Edimburgh Asylum. *Psychological Medicine*, 20, 263-284.
- Barrios Flores, L. F. (2003). La psiquiatría penitenciaria perspectiva histórica y problemas presentes. *Sociedad española de psiquiatría legal. Ed III*, 17-30.
- Barrios Flores, L. F. (2007). Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (100), 473-500.
- Baruk, H. (1974). La révision de la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 261 - 277.
- Bercovitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus.
- Bermejo Fernández, D. (2014). *Individualización científica y tratamiento en prisión*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Bernabeu Mestre, J. (1999). Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez, E. (1995). El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis*, 15, 151-176.
- Bernabeu Mestre, J. y Piñero, L. (1987). Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente. *Boletín de La Asociación de Demografía Histórica*, 5(2), 70-79.

- Bernabeu Mestre, J. y Robles González, E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y transición sanitaria. *Política y Sociedad*, 35, 45–54.
- Berrios, G. E. (1981a). Stupor: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 11(4), 677 – 688.
- Berrios, G. E. (1981b). Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 139, 439 – 449.
- Berrios, G. E. (1987). Dementia during the seventeenth and eighteenth centuries: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 17(4), 829 – 837.
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14-30
- Berrios, G. E. (1994). Historiography of mental systems and diseases. *History of Psychiatry*, 5, 175 – 190.
- Berrios, G. E. (1995). La historiografía de la psiquiatría clínica. En G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y J. L. Peset Reig (coords.). *Un siglo de psiquiatría en España* (pp.11-17). Madrid: Extra Editorial.
- Berrios, G. E. (1996). Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history. En H. Freeman y G. E. Berrios (eds.). *150 Years of British Psychiatry, Vol. 2* (pp. 3-15). Cambridge: London and Atlantic Highlands.
- Berrios, G. E. (1997a). The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 8, 105-120.
- Berrios, G. E. (1997b). The origins of psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz. *History of psychiatry*, 8, p. 61-81.
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Berrios, G. E. (2012a). Epilepsia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 181-197). Madrid: Triacastela.
- Berrios, G. E. (2012b). Retraso mental. Sección clínica, 2ª parte. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 267-281). Madrid: Triacastela.
- Berrios, G. E. (2012c). Demencia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 51-70). Madrid: Triacastela.
- Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1995). Philippe Chaslin and descriptive psychopathology. *History of Psychiatry*, 6(23 Pt 3), 395 – 405.
- Berrios, G. E. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia, Clínica, Metateoría*. Madrid: Editorial Trotta.
- Berrios, G. E. y Hauser, R. (1988). The early Development of Kraepelin's ideas on Classification: a Conceptual History. *Psychological Medicine*, 18, 813 – 821.
- Bertolín Guillén, J. (1992). Las revistas sobre psiquiatría en España hasta 1931. *Archivos de Neurobiología*, 55(1), 23–33.
- Bertolín Guillén, J. M. (1993). Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del período de entresiglo. *Asclepio*, 45, pp. 189- 215.

- Beveridge, A. (1988). Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the nineteenth century. *British Journal of Psychiatry*, 153, 157–162.
- Beveridge, A. (1995a). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part I. *History of Psychiatry*, 6, 21-54.
- Beveridge, A. (1995b). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. Part II. *History of Psychiatry*, 6, 133-156.
- Beveridge, A. (1997). Voices of the mad: patients' letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908. *Psychological Medicine*, 27(4), 899–908.
- Beveridge, A. (1998). Life in the asylum: patient's letters from Morningside, 1873-1908. *History of Psychiatry*, 9(36), 431–469.
- Blanes Llorens, A. (2007). *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Blanes, A., Gil, F. y Pérez, J. (1996). *Población y actividad en España. Evolución y perspectivas*. Barcelona: La Caixa. Servicio de estudios.
- Blasco Ordóñez, C. (1993). La incorporación de practicantes y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). Normativas y funciones. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición Digital)*, 4-5, 7-10.
- Brown, E. M. (1994). French psychiatry's initial reception of Bayle's discovery of general paresis of the insane. *Bulletin of the History of Medicine*, 68(2), 235 – 253.
- Brown, E. M. (2000). Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. *History of Psychiatry*, 11 (4), 371-382.
- Buda, O. (2010). The face of madness in Romania: the origin of psychiatric photography in Eastern Europe. *History of Psychiatry*, 21, 278-293.
- Bustos Cardona, T., Simón Lorda, D., Estévez Gil, X. y Muñoz Anduquía, C. (2013). Sobre "baños tibios prolongados", balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 375-386). Madrid: AEN.
- Cabré, A., Domingo, A. y Menacho, T. (coords.). (2002). Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. En M. Pimentel Siles (ed.). *Mediterráneo Económico, 1, Monogràfic: Procesos Migratorios, economía y personas* (pp.121-138). Almería: Caja Rural Intermediterránea.
- Cabrera, J. (2007). Las drogas de abuso como sustancias psicótropas y neurotóxicas: breve historia de las drogas. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1059-1078). Madrid: Editorial Panamericana.
- Calbet i Camarasa, J. M. (1968). Evolución ideológica de la prensa médica en Cataluña en el siglo XIX. *Anales de Medicina y Cirugía (2ª época)*, 48(207), 177-196.
- Calbet i Camarasa, J. M. y Corbella i Corbella, J. (1970). La obra psiquiátrica del Dr. Antonio Rodríguez Morini. *Actas I CIHMC, III*, 318-325.

- Calbet i Camarasa, J. M. y Corbella i Corbella, J. (1981). *Diccionari biogràfic de metges catalans*. Vol.1. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana.
- Camaño Piug, R. (2008). Proceso de profesionalización: Evolución de la Denominación de Enfermería. *Híades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 10(2), 903–920.
- Campos Marín, R. (1995). Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931). *Documentos de psiquiatría comunitaria*, 7, 199-217.
- Campos Marín, R. (1997). *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876-1923)*. Madrid: CSIC.
- Campos Marín, R. (1998). La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo. *Llull*, 21, 333–356.
- Campos Marín, R. (1999a). La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920). *Asclepio*, 51, 185–203.
- Campos Marín, R. (1999b). La teoría de la degeneración y la clínica psiquiátrica en la España de la restauración. *Dynamis*, 19, 429–456.
- Campos Marín, R. (2003). Criminalidad y locura: el cura Galeote. *Frenia*, 3(2), p. 111-145.
- Campos Marín, R. (2004). La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia*, 6(1), 101-111.
- Campos Marín, R. y Huertas García-Alejo, R. (1991). El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. *Dynamis*, 11, 263–286.
- Campos Marín, R., Martínez-Pérez, J. y Huertas García-Alejo, R. (2000). *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*. Madrid: CSIC.
- Campos, R. (2010). Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso Morillo (1882-1884). *Frenia*, 10(1), 95–122
- Campos, R. (2012). *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*. Madrid: CSIC-Frenia.
- Campos, R. y Huertas, R. (1992). Alcoholismo y degeneración en la medicina positivista española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(41), 125–129.
- Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 99–108.
- Campos, R. y Huertas, R. (2012). Lombroso but not lombrosians? Criminal Anthropology in Spain. En P. Knepper y P. J. Ystehede (eds.). *The Cesare Lombroso Handbook* (pp.309-323). Abingdon: Routledge.
- Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas en el Manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 201-220). Madrid: AEN.
- Candela, R. y Villasante, O. (2013). Degeneracionismo y "escritura" en el manicomio de Leganés. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 301-310). Madrid: AEN.

- Caponi, S. (2009). Clima, cerebro y degeneración en Cabanis. *História, Ciências, Saúde*, 16(4), 961-979.
- Cardona, A. (2001). La beneficencia y la asistencia a los locos en el trienio liberal. *Frenia*, 1(2), 87-101.
- Carles, F., Muñoz, I., Llor, C. y Marset, P. (2000). *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: AEN.
- Carpintero, H. (2002). *Luis Simarro y la psicología científica en España. Cien años de la cátedra de Psicología Experimental en la Universidad de Madrid*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Carreras, A. y Tafunell, X. (2005). *Estadísticas históricas de España*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Catálogo de Sesiones Inaugurales de Curso Académico (1853-2002)*. (2003). Madrid: RANM.
- Ceballos, M. A. (2006). Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín de La Sociedad Española de Hidrología Médica*, 21(1), 22 – 27.
- Colina Pérez, F. (2007). Locas letras. Variaciones sobre la locura de escribir. *Frenia*, 7, 25–59.
- Colina, F. y Álvarez, J. M. (1994). *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Dorsa.
- Comelles, J. (1980). Ideología asistencial y práctica económica. En *Actas del I Congreso Español de Antropología, vol 1* (pp. 347–400). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Comelles, J. M. (1988). *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU.
- Conseglieri Gamez, A. (2012). Manuel Peraita Peraita: Director Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1944-1950). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 321-329). Madrid: AEN
- Conseglieri Gámez, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Conseglieri, A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160.
- Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007a). La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 269-285). Madrid: Frenia.
- Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007b). Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99 (1), 119-141.
- Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007c). La imbecilidad como exención de responsabilidad: el peritaje de Esquerdo en el proceso judicial de Otero. *Frenia*, 7, 213-228.
- Conseglieri, A., Villasante, O. y Del Cura, I. (2007). El manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (coords.). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 555-568). Madrid: CSIC.

- Crespillo Calleja, J. M. (1986). *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés, durante su primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.
- Criado Amunategui, A. (1956). La mortalidad en España en los años 1901 a 1950. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1(2), 1–101.
- Cuñat Romero, M. (2007). Las cartas locas de Doña Juana Sagrero. *Frenia*, 7, 89–107
- Chandrasena, R. D. (1983). Phenomenology and nosology of schizophrenia: historical review. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 8(2), 17 – 24.
- Del Cura, M. (2003). Niños en el Manicomio. La locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp.611-633) Madrid: Frenia.
- Del Cura, M. (2008). Medicina y pedagogía en la escuela: el discurso sobre la normalidad infantil en la España del primer tercio del siglo XX. En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp. 433–455). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.
- Del Cura, M. (2011). *Medicina y pedagogía. La construcción de la categoría "Infancia anormal" en España (1900-1939)*. Madrid: CSIC.
- Del Cura, M. (2012). Un patronato para los anormales: primeros pasos en la protección pública de los niños con discapacidad intelectual en España (1910-1936). *Asclepio*, 64 (2), pp. 541-564.
- Del Río de la Torre, E. (1996). *Los orígenes de la Escuela Madrileña de dermatología*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Delgado, M. (1986). Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871). *Asclepio*, 38, 273-297.
- Dictionnaire biographique de psychiatrie par des membres de la Société Médico-Psychologique: Philippe Chaslin (1857-1923). (2004). *Annales Médico-psychologiques*, 162 (9), 770-772.
- Diéguez Gómez, A. (1998). El problema de la nosografía en la obra psiquiátrica de J. Giné y Partagás. *Asclepio*, 50(1), 199–221.
- Díez Nicolas, J. (1971). La transición demográfica en España. *Revista de Estudios Sociales*, 7, 89-118.
- Digby, A. (1985). *Madness, Morality and Medicine. A study of York Retreat*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Donzelot, J. (1981). Espacio cerrado, trabajo y moralización. En *Espacios de poder* (pp. 27-51). Madrid: La Piqueta.
- Dualde Beltrán, F., Jordá Moscardó, E., Rey González, A. y Salavert Faviani, V. L. (2003). Apuntes metodológicos para la historiografía de la psiquiatría española. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 13–24). Madrid: Frenia.
- Eadie, M. J. (2002). The epileptology of Théodore Herpin (1799-1865). *Epilepsia*, 43 (10), 1256-1261.

- Echeverri Dávila, B. (1993). *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: CIS.
- Escamilla Cid, A. (2013). *D. Bernabé Malo de Poveda Écija: benefactor de Montalbo*. Cuenca.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza editorial.
- Esman, A. H. (1984). Henri Dagonet. Pioneer of psychiatric photography. *New York State Journal of Medicine*, 84(2), 79–81.
- Espadas Burgos, M y García Alía, J.C. (2006). *Buscando a España en Roma*. Barcelona: C.S.I.C. - Lunweg Editores.
- Espino, J. A. (1980). La Reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 14, 56-106.
- Espinosa Iborra, J. (1964). Un testimonio de la influencia de la psiquiatría española de la Ilustración en la obra de Pinel: El informe de José Iberti acerca de la asistencia en el Manicomio de Zaragoza (1791). *Asclepio*, XXVI, 179 – 182.
- Espinosa Iborra, J. (1966). *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.
- Espinosa, J. y Balbo, E y Peset, J. L. (1994). *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporánea*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés.
- Esteva de Sagrera, J. (2005). *Historia de la farmacia. Los medicamentos, la riqueza y el bienestar*. Barcelona: Masson.
- Estévez Gil, X., Simón Lorda, D. y Bustos Cardona, T. (2013). Tras la pista de Daniel Urrabieta Vierge (de Compostela y Conxo a la Salpêtrière pasando por el Quijote). En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.) (pp. 407-417). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 375-386). Madrid: AEN.
- Esther, R. J. (1997). Use of the physical restraints in a nineteenth century state hospital. *History of Psychiatry*, 8, 83 – 93.
- Fernández Bermejo, D. (2013). *Individualización científica y tratamiento en prisión*. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Fernández Doctor, A. (1993a). Psychiatric care in Zaragoza in the eighteen century. *History of psychiatry*, 4, 373-393.
- Fernández Doctor, A. (1993b). La asistencia psiquiátrica en la Zaragoza del siglo XIX. *Psiquis*, 14, 289-300.
- Fernández Doctor, A. (2000). *Hospital Real y General de nuestra Señora de Gracia, Zaragoza en el siglo XVIII*. Zaragoza: Institución "Fernando el Católico".
- Fernández Doctor, A. (coord.). (2014). *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*. Zaragoza: Sociedad Aragonesa y Riojana de Psiquiatría
- Fink, M. (1984). Meduna and the origins of convulsive therapy. *American Journal Psychiatry*, 141, 1034-1041.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1973). *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano. Un caso de parricidio del siglo XIX presentado por Michel Foucault*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 4ª edición
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Madrid: Akal.
- Fresquet Febrer, J. L. (2011). El 606 en España. Una historia de seis meses contada por la prensa. *Anales de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, 12, 1-23
- García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- García Díaz, C. y Jiménez Lucena, I. (2010). Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca. (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenía*, 10, 123-144.
- García Díaz, C., López Alonso, J. L. y Gutiérrez Castillo, D. (2013). Comparativa entre "las mujeres" ingresadas en la beneficencia y "las señoras" del hospital Sagrado Corazón: aproximación a las nuevas terapéuticas a principios de s. XX en Málaga. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 287-294). Madrid: AEN.
- García Guerra, D. y Álvarez Antuña, V. (1994). Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902). *Dynamis*, 14, 23-41
- García Queipo de Llano, G. (1996). El Reinado de Alfonso XIII. La modernización fallida. Madrid: Historia 16. Temas de hoy.
- García Rodríguez, A. (2006). Del asilo de dementes al Manicomio de Valencia en el siglo XIX. En: L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 197-337). Valencia: Ajuntament de Valencia.
- García Sánchez, J. E., García, E. y Merino, M. L. (2010). Cien años de la bala mágica del Dr. Ehrlich (1909-2009). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(8), 521-533
- García-Talavera J. R. (1971). Historia del Cuerpo de Médicos de Baños. Siglo XIX. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 213-282.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de cultura económica.
- Garrabé, J. (2008). Philippe Pinel (1745-1826). Vida y obra científica. *Psiquiatría y Salud Mental*, XXV(3-4), 53 - 69.
- Gelpi, A. y Tucker, J. D. (2015). After Venus, Mercury: syphilis treatment in the UK before Salvarsan. *Sexually Transmitted Infections*, 91(1), 68.
- Gerona Llamazares, J. L. (1993). *Historia de la Psiquiatría Militar Española (1800-1970)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. United States: Anchor Books.
- Golcman, A. (2015). *Interpretación de la locura y acciones concretas en el Hospital José A. Esteves, de Lomas de Zamora (1908-1971)*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires (Argentina).
- González Cajal, J. (1988). Gonzalo Rodríguez Lafora: breves notas biográficas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(27), 675-695.
- González Duro, E. (1975). Asistencia psiquiátrica madrileña a fines del siglo XIX. *Medicina e Historia*, 51, 1-16.
- González, E. (1977). *A psiquiatría galega e Conxo*. Madrid: Ediciones Rueiro.
- González, J. (1994). *La imputabilidad en el Derecho Penal español. Imputabilidad y locura en la España del siglo XIX*. Granada: Editorial Comares.
- González, J. (2007). El descubrimiento de los anestésicos y su relación con la psiquiatría. Desde los alucinógenos a la anestesia: un largo recorrido. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1017-1038). Madrid: Editorial Panamericana.
- Gracia Guillen, D. (1971). Medio siglo de la psiquiatría española. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 10, 305-339.
- Gutiérrez Aguilera, C. (1953). Psiquiatría en la provincia de Jaén (1929-1953). *Semin Med*, 56-77.
- Hare, E. H. (2002a). Las dos manías: un estudio de la evolución del concepto moderno de manía. En E. H. Hare. *El origen de las enfermedades mentales* (pp.143-172). Madrid: Editorial Triacastela.
- Hare, E. H. (2002b). Origen y propagación de la demencia paralítica. En E. H. Hare. *El origen de las enfermedades mentales* (pp. 79-142). Madrid: Editorial Triacastela.
- Haustgen, T. (2012). Philippe Chaslin (1857-1923). À propos du centenaire des Éléments de sémiologie et de la discordance. *Annales Médico-psychologiques*, 170(8), 601-608.
- Healy, D. (1993). 100 Years of psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 7(2), pp. 207 - 214.
- Heimann, C. (2006). El manicomio de Valencia 1900-1936. En L. Livianos, C. Ciscar, A. García, C. Heimann, M. A. Luengo y H. Troppé. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (pp. 401-479). Valencia: Ajuntament de Valencia.
- Hernández Martín, F. (1995). De las Hijas de la Caridad y su formación. *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 2, 169-180.
- Hernández Martín, F. (1996). Memoria de un centenario. Primera Escuela de Enfermería "Santa Isabel de Hungría." *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 3-4, 189-196.
- Hernández Martín, F. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de Los Cuidados*, 1(2), 21-35
- Hernández Martín, F. (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 39-49.

- Hernández Merino, A. (2007). El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira i López. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 145-159). Madrid: Frenia.
- Higuera Guimerá, J. F. (2005). Prólogo. En E. J. Mateo Ayala. *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica* (pp. 15-19). Madrid: Dykinson.
- Hirschmuller, A. (1999). The development of psychiatry and neurology in the nineteenth century. Translated from the German by M. Whitrow. *History of Psychiatry*, 10(4), 395 – 423.
- Historical note: Earliest use of the term dementia praecox. (1954). *The American Journal of Psychiatry*, 111(6), 470.
- Hoenig, J. (2012). Esquizofrenia. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp.391-405). Madrid: Triacastela.
- Huertas García-Alejo, R. (1985). Valentín Magnan y la Teoría de la Degeneración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(14), 361–367.
- Huertas García-Alejo, R. (1986). Sobre la psiquiatría infantil del siglo XIX. La locura en la infancia de M. Tolosa Latour. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(16), 135–141.
- Huertas García-Alejo, R. (1987). *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC.
- Huertas García-Alejo, R. (1988). Asilos para locos: terapéutica mental y política sanitaria. *Asclepio*, 40(2), 131 – 150.
- Huertas García-Alejo, R. (1998c). *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*. Madrid: CSIC.
- Huertas García-Alejo, R. (2008b). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Octaedro.
- Huertas, R. (1995a). La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización. En G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y J. L. Peset Reig (coords). *Un siglo de psiquiatría en España* (pp.21-40). Madrid: Extra Editorial.
- Huertas, R. (1995b). Sobre la recepción del degeneracionismo psiquiátrico en España: la obra de Mateo Bonafonte. En E. Archiola y J. Martínez (eds.). *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España. (Siglos XVIII-XX)* (pp. 521-534). Madrid: Editorial Complutense.
- Huertas, R. (1997). La deficiencia mental en las nosografías psiquiátricas francesas en el tránsito del siglo XVIII al XIX. *Archivos de Neurobiología*, 60(3), 259 – 270.
- Huertas, R. (1998a). Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*, 9(33), 51-64.
- Huertas, R. (1998b). Niños degenerados, Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo. *Dynamis*, 18, 157–179.
- Huertas, R. (1999). Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(69), 63–76.

- Huertas, R. (2001a). Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los mitos fundacionales a la historia social. *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 123–144, p. 127.
- Huertas, R. (2001b). Historia de la psiquiatría. Por qué y para qué. *Frenia*, 1(1), 9–36, p.22.
- Huertas, R. (2001c). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. *Frenia*, 1(2), 7–37.
- Huertas, R. (2001d). François Leuret: Terapia e intimidación moral. En Leuret, François. *El tratamiento moral de la locura* (pp. 7-13). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Huertas, R. (2002a). La organización de la asistencia psiquiátrica en la España del cambio de siglo. *Trabajo social y salud*, 43, 177–190.
- Huertas, R. (2002b). Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2(2), 92–106.
- Huertas, R. (2002c). *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836)*. Madrid. Frenia.
- Huertas, R. (2003). Elaborando doctrina: teoría y retórica en la obra de José María Esquerdo (1842-1912). *Frenia*, 3(2), 81–109.
- Huertas, R. (2004). *El siglo de la clínica: para una teoría de práctica* psiquiátrica. Madrid: Frenia.
- Huertas, R. (2008a). Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). *History of Psychiatry*, 19(2), 123 – 140.
- Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.
- Huertas, R. (2013a). Another history for another psychiatry. The patient`s view. *Culture & History Digital Journal*, 2(1), 1–11.
- Huertas, R. (2013b). Paratopías. El Manicomio como un no-lugar y la experiencia del internamiento. *XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El control del espacio y los espacios de control*. Barcelona.
- Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(4), 1397–1415.
- Huertas, R. y Del Cura, M. (1996). La categoría de infancia anormal en la construcción de una taxonomía social en el primer tercio del siglo XX. *Asclepio*, 48(2), 115–127.
- Huertas, R. y Del Cura, M. (2004). Chiarugi vs Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Brière de Boismont. *Frenia*, 4, 109–133.
- Huertas, R. y Novella, E. J. (2011). L'aliénisme français et l'institutionnalisation du savoir psychiatrique en Espagne : l'affaire Sagrera (1863-1864). *L'Evolution Psychiatrique*, 76 (3), 537-547.
- Huertas, R., y Novella, E. J. (2010). Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna. Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 205–219.
- Huguet Termes, T. (2007). Discursos y prácticas acerca de la introducción de la medicina de laboratorio en el escenario asistencial barcelonés (1907-1923): el caso de la sero-

- reacción de wassermann. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas. *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 265-274). Madrid: CSIC.
- Hunter, R. y Macalpine, I. (1955). William Battie, M.D., F.R.S.: pioneer psychiatrist. *The Practitioner*, 174(1040), 208 – 215
- Ignatieff, M. (1978). *A just measure of pain*. London: Macmillan.
- Infante, M. A. (2009). *Patrimonio de la escuela vicenciana en España. Archivo y Museo de la Casa Provincial San Vicente*. Madrid: CEE Participación Educativa, 11, 162–174.
- James, F. E. (1992). Insulin treatment in psychiatry. *History of psychiatry*, 3, 221-235.
- Jordá Moscardó y E. y Rey González, A. (2001). La introducción de la terapéutica psiquiátrica en la España del siglo XX (1901-1975). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda. (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp. 125-132). Ourense: Rodi Artes Gráficas.
- Jordá Moscardó, E. y Rey González, A. (2007). La revista frenopática española (1903-1914). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 397-412). Madrid: Frenia.
- Joynt, R. J. (1974). The use of bromides in epilepsy. *American Journal of Diseases of Children*, 128, 362-363.
- Karamanou, M., Kyriakis, K., Tsoucala, G. y Androutsos, G. (2013). Hallmarks in history of syphilis treatment. *Le Infezioni in Medicina*, 4, 317–319.
- Kendler, K. S. (1988). Kraepelin and the diagnostic concept of paranoia. *Comprehensive Psychiatry*, 29(1), 4–11.
- Kibria, A. y Metcalfe, N. (2014). A biography of William Tuke (1732-1822): Founder of the modern mental asylum. *Journal of medical biography*, 1 (1), 1-5.
- Kirkby, K. C. (2007). Consecuencias socio-sanitarias de la introducción clínica de los psicofármacos. En López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1435-1450). Madrid: Editorial Panamericana.
- Lázaro J. (1995a). Los setenta y cinco años de la psiquiatría española. *Archivos de Neurobiología*, 58, 13-30.
- Lázaro, J. (1995b). La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (53), 295-308.
- Lázaro, J. (1997). La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936. *Archivos de Neurobiología, Suplemento 1*, V-XIX.
- Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20 (75), 397-515
- Lebow, R. H. (1964). Spain and psychiatry in the latter part of the 19th century. *Bulletin of the History of Medicine*, 38, 444–454.
- Leitner, R. M. C., Korte, C., Edo, D. y Braga, M. E. (2007). Historia del tratamiento de la sífilis. *Revista Argentina de Dermatología*, 88(1), 6–19.
- Lennox, W. G. (1940). The drug therapy of epilepsy. *JAMA*, 114, 1347-1354.

- Leyton, C. (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile, 1870-1940. *Frenia*, 8(1), 259–275.
- Livianos Aldama, L. y Rey González, A. M. (1985). Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX. Juan Bautista Perales y Just. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15), 505–517.
- Livianos, L. (1997). El quinquenio dorado de Perales. En *La locura y sus instituciones* (pp.171-182). Valencia: Diputación de Valencia.
- Livianos, L. (2003). La historia clínica como fuente para la historia de la psiquiatría. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 773–784). Madrid: Frenia.
- Livianos, L., Ciscar, C., García, A., Heimann, C., Luengo, M. A. y Troppé, H. (2006). *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*. Valencia: Ajuntament de Valencia.
- Lobo Antunes, J. (2010). *Egas Moniz- Uma. Biografia*. Portugal: Gradita.
- López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1991). *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989. "Un siglo de psiquiatría en España"*. Madrid: Fareso.
- López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (2000). *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000). "Más de un siglo de psiquiatría"*. Madrid: Fareso.
- Lopez Piñero, J. M. y Morales Meseguer, J. M. (1970). *Neurosis y psicoterapia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- López-Muñoz, F., Álamo González, C. y Cuenca Fernández, E. (2012). Historia de la psicofarmacología (pp.1748-1774). En J. Vallejo Ruiloba y C. Leal Cercós (dirs.). *Tratado de psiquiatría. Volumen 2*. Madrid: Marban.
- López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2009). La terapéutica farmacológica de los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora. *Frenia*, 9, 71–96.
- López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha Udabe, R. y Cuenca, E. (2005). Barbitúricos: un siglo en terapéutica. *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 3(1), 49–59.
- López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha-Udabe, R. y Cuenca, E. (2004). El papel histórico de los barbitúricos en las "curas de sueño" de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatría Biológica*, 11, 242–251.
- López-Muñoz, F., Ucha-Udabe, R. y Álamo, C. (2004). Un siglo de barbitúricos en neurología. *Revista de Neurología*, 39(8), 767–775.
- López-Trabada, J. R., Rubio, G., Pascual, J. y Vázquez, A. (2007). Utilización de las drogas de abuso en el tratamiento de las enfermedades mentales (II): Opiáceos, cannabis, estimulantes y alucinógenos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1095-1135). Madrid: Editorial Panamericana.
- Madden, J. S. (2012). Trastorno por abuso de sustancias. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 760-771). Madrid: Triacastela.
- Magiorkinis, E., Diamantis, A., Sidiropoulou, K. y Panteliadis, C. (2014). Highlights in the history of epilepsy: the last 200 years. *Epilepsy research and treatment*, 1-13, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/582039>.

- Mahieu, E. L. (2004). A propósito de Morel y la *démence précoce*. *Vertex*, 15, 73–75.
- Maldonado, R. y Valverde, O. (2007) Analgésicos opiáceos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 995-1013). Madrid: Editorial Panamericana.
- Maraver Eyzaguirre, F. (2007). L'hydrologie médicale dans L'Espagne de "La Restauración": 1874-1902. *Presse Thermale et Climatique*, 144, p.151-163.
- Martín Espinosa, N. (2015). La prestación de cuidados en los establecimientos reunidos de Toledo a principios del siglo XX: una cuestión de fe. *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 11, 271–280.
- Martínez Azumendi, O. (2008). Fotografía y psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8(1), 63-75.
- Martínez Azumendi, O. y Serrulla Vangeneberg, L. (2008). Siglo y medio de psiquiatría a través de la fotografía italiana. *Frenia*, 8, p. 183-206.
- Martínez Neira, M. (2009). El reglamento interior de la Universidad Central de 1853. *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija de Estudios sobre la Universidad*, 12(1), 53-104.
- Martínez Pérez, J. (1995). Problemas científicos y socioculturales en la difusión de una doctrina psiquiátrica: la introducción del concepto de monomanía en España (1820-1864). En E. Arquíola y J. Martínez Pérez (coords.). *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (Siglos XVIII-XX)*. (pp. 489-520). Madrid: Editorial Complutense.
- Martínez Pérez, J. Nuevas respuestas a una conducta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 87-130). Madrid: Editorial Panamericana.
- Mateo de la Hoz, M. (2016). *Historia del Instituto Llorente (1894-1997)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Mateos Corrales, J. I. y Morales Díaz, E. (2001). Una experiencia formativa: Las Hijas de la Caridad (1878-1999). *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 8, 429–430.
- Maugeais, P. (2000). Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas. En J. Postel y C. Quézel (coords.). *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 263-270). México: Fondo de cultura económica.
- McGovern, C. (1986). The myths of social control and custodial oppression: patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions. *Journal of Social History*, 20(1), 3–23.
- Medrano Pérez, J. (2014). Rutas de expansión de las hijas de la caridad en España. // *Congreso Virtual Sobre Historia de La Caminería*.
- Michael, R. A. (1999). Fever therapy for general paresis. *International Journal of Dermatology*, 38, 633 – 637.
- Miller, E. (2012). Retraso mental. Sección clínica, 1ª parte En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 253-266). Madrid: Triacastela.
- Miralles Buil, C. (2014). Controlar la ciudad para eliminar la endemia: el caso de la prevención antituberculosa en Barcelona en el primer tercio del siglo XX. En *XIII Coloquio Internacional de Geocrítica: El control del espacio y los espacios de control*. Barcelona.

- Mitchell, P. B. y Kirkby, K. C. (2007). Las terapias biológicas antes de la introducción de los modernos psicofármacos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 901-925). Madrid: Editorial Panamericana.
- Molero Mesa, J. (1986). Tuberculosis y previsión. Influencia de la enfermedad social modelo en el desarrollo de las ideas médicas españolas sobre el seguro de enfermedad. En *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, 18-21 Diciembre 1986*, 503.
- Molero Mesa, J. (1989). La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Dynamis*, 9, 185-223.
- Molero Mesa, J. (2001). La lucha antituberculosa en España. En J. Atienza y J. Martínez Pérez (eds.). *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad Española de su tiempo* (pp. 131-147). Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.
- Molina Roldán, R. M. (2009). La Escuela Central de Anormales de Madrid. En M. R. Berrueco Albéniz y S. Conejero López (coords). *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación* (pp. 297-310). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Molinari, A. (2005). Autobiografías de mujeres en un Manicomio italiano a principios del siglo XX. En A. Castillo Gómez y V. Sierra Blas. *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento* (pp. 379-399). Gijón: Trea.
- Mollejo Aparicio, E. (2001). *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Mollejo Aparicio, E. (2003). Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 635-646) Madrid: Frenia.
- Mollejo Aparicio, E. (2011). *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM.
- Mollejo, E., Del Cura, M y Huertas, R. (2004). La práctica clínica en el Manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En J. Martínez Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás Tilve y Del Cura González, M. (coords.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Murcia: Universidad de Castilla la Mancha.
- Montiel, L. y Puente, B. (2007). La medicina de la mente en el periodo moderno. En: F. López-Muñoz y C. Álamo. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.63-85). Madrid: Editorial Panamericana.
- Mora G. (1959). Vincenzo Chiarugi (1759-1820) and his psychiatric reform in Florence in the late 18th century (on the occasion of the bi-centenary of his birth). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 14, 424-433.
- Mora, G. (1959). Bi-centenary of the birth of Vincenzo Chiarugi (1749-1820): a pioneer of the modern mental hospital treatment. *American Journal of Psychiatry*, 116, 267-271.
- Mora, G. (1972). On the bicentenary of the birth of Esquirol (1772-1840), the first complete psychiatrist. *The American Journal of Psychiatry*, 129(5), 562 - 567.

- Morel, P. y Quétel, C. (2000). Balance de las terapias a fines del siglo XVIII. En J. Postel y C. Quétel (coords.). *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 127-135). México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno Collado C. (1993). El mal venéreo con especial mención sobre la historia de la sífilis. Tercera Parte. *Dermatología Revista Mexicana*, 37, 27-33.
- Moro, A. (2006). El histerismo en la obra de Fernández Sanz. En: J. Martínez Pérez, P. Porras Samblás y M. Del Cura (eds.). En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords.). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp. 67-77). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.
- Moro, A. y Villasante, O. (2001). La etapa de Luis Simarro en Leganés. *Frenia*, 7(1), 97-119.
- Muñoz, S. (1994). *Historia de la farmacia en la España moderna y contemporánea*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, S. (2007). El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En: F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp.131-177). Madrid: Editorial Panamericana.
- Navarro García, R. (2002). *Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Navarro Pérez, J. (2001). Las clasificaciones en psiquiatría. La aportación española. En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y Simón Lorda, D (eds). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.55-90). Ourense: Rodi Artes Gráficas.
- Novella, E. J. (2012). La medicina mental en los orígenes de la España contemporánea. *Medicina e Historia*, 1, 3-18.
- Núñez Olarte, J. M. (1999). *El Hospital General de Madrid en el siglo XVIII (actividad médico quirúrgica)*. Madrid: CSIC.
- Outes, D. y Orlando, J. (1982). Alcmeon de Crotona. El cerebro y las funciones psíquicas. *Revista de Neuropsiquiatría y Salud Mental*, 13(1 y 2), 34-49.
- Parades, V. (2015). Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). *Journal of Medical Biography*, 23(3), 179 – 180.
- Parascandola, J. (2009). From mercury to miracle drugs: syphilis therapy over the centuries. *Pharmacy in History*, 57(1), 14 – 23.
- Parrilla Saldaña, J. y García González, C. (2004). Análisis de la Enfermería en España desde finales del siglo XIX hasta su integración en la Universidad. *Hiades (Alcalá de Guadaira, Sevilla)*, 9, 407-424.
- Pereña García, F. (1995). ¿Depresión o melancolía?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(52), 73-77.
- Pérez Peña, F. (2005). *Exilio y depuración política en la Facultad de Medicina de San Carlos*. Madrid: Editorial Visión Net.
- Peset, J. L. (1983). *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica.
- Peset, J. L. (1993). *Las heridas de la ciencia*. Salamanca: Junta de Castilla y León.

- Peset, J. L. (1995). El Manicomio modelo en España. En G. E. Berrios, R. Huertas García-Alejo y J. L. Peset Reig (coords). *Un siglo de psiquiatría en España* (pp. 43–51). Madrid: Extraeditorial.
- Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 1, 263–280.
- Peset, J. L. y Peset, M. (1975). *Lombroso y la Escuela positivista italiana*. Madrid: CSIC.
- Pichot, P. (1982). The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. *Psychological Medicine*, 12(3), 475 – 492.
- Pichot, P. (1995). The birth of the bipolar disorder. *European Psychiatry*, 10(1), 1–10.
- Pinillos J. L., López-Piñero J. M. y Ballester L. G. (1966). *Constitución y Personalidad: Historia y Teoría de un problema*. Madrid: CSIC.
- Plumed Domingo, J. (2001). *La introducción del concepto de esquizofrenia en España a través de las revistas médicas españolas (1854-1931)*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia.
- Plumed Domingo, J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio*, 57(2), 223–253.
- Plumed Domingo, J. y Dualde Beltrán, F. (2007). Los tratamientos de la locura en la segunda república española. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 129-155). Madrid: Frenia.
- Plumed Domingo, J., Dualde Beltran, F. y Rey González, A. (1997). El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928). En *La locura y sus instituciones* (pp.481-496). Valencia: Quiles, Artes Gráficas S. A.
- Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2002). La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales. *Frenia*, 2(1), 31–48.
- Plumed Domingo, J. y Rey González, A. (2004). Las historias clínicas del Manicomio de Nueva Belén. *Frenia*, 4(1), 77–99.
- Plumed Domingo, J. y Rojo Moreno, L. M. (2010). El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios de siglo (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 163–169.
- Plumed Domingo, J. y Rojo Moreno, L. M. (2016). El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(4), 985–1002.
- Plumed Moreno, C. (2015). Benito Menni: aportaciones a la Salud Mental. *Archivo Museo Hospitalario*, 13, 210-326
- Plumed, J. (2008). El concepto de Manía en la Psiquiatría española del XIX. En: J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords.). *La gestión de la locura: Conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp.19-62). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- Plumed, J. y Dualde, F. (2001). El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas. En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda

- (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp. 125-132). Ourense: Rodi Artes Gráficas.
- Porras Gallo, M. I. (1994). *Una ciudad en crisis. La epidemia de gripe en 1918-19 en Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Porter, R. (1985). The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, 14(2), 175-198.
- Porter, R. (1987). *A Social History of Madness. Stories of the Insane*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Postel, J. y Quézel, C. (1987). *Historia de la psiquiatría*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Prestwich, P. E. (1994). Family strategies and medical power: "voluntary" committal in Parisian asylum, 1876-1914. *Journal of Social History*, 27(4), 799-818.
- Prestwich, P. E. (1997). Paul-Maurice Legrain (1860-1939). *Adicction*, 92(10), 1255 – 1263.
- Quézel, C. (1986). *Le mal de Naples: histoire de la syphilis*. Paris: Seghers.
- Quézel, C. (1992). *History of syphilis*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ramos de Viesca, B. (2000). La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. *Salud Mental*, 23(5), 41–46.
- Ramos Vázquez, I. (2015). *La reforma penitenciaria en la historia contemporánea española*. Madrid: Dykinson
- Reaume, G. (2000). *Remembrance of patients past. Patient Life at the Toronto Hospital for the insane, 1870-1940*. Ontario: Oxford University Press
- Report of the commemorative meeting on June 16, 1965 in memoriam of Drs. Enrique Álvarez Sainz de Aja and Xavier Vilanova Montú. (1965). *Actas Dermosifiliográficas*, 56(7), p. 217-231.
- Revenga Arranz, E. (1980). La transición demográfica en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 10, 233–240.
- Rey González, A. (1982). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Juan Giné y Partagás. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(4), 99-110.
- Rey González, A. (1983a). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: José María Esquerdo y Zaragoza. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(7), 103-115
- Rey González, A. (1983b). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Emilio Pi y Molist. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(6), 111-121.
- Rey González, A. (1983c). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Francisco Castellvi y Pallarés (1812-1879). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(8), 103-116.
- Rey González, A. (1984). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX: Antonio Pujadas Mayans. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(9), 73-91.
- Rey González, A. (1985). Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX. Arturo Galcerán y Granés. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(13), 223–233.

- Rey Jordá, E., Dualde, F. y Bertolín, J. M. (2006). *Tres siglos de psiquiatría en España. (1736-1975)* Madrid: AEN.
- Ribot T. H. (1912). *Las enfermedades de la personalidad*. Madrid: Jorro.
- Riera, J. (2010). La industria farmacéutica en la España contemporánea. *Llull*, 33 (2), 407-409.
- Rigolí, J. (2001). *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*. Paris: Fayard.
- Ríos Molina, A. (2004). Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia*, 4(2), 17-35.
- Ríos Molina, A. (2009). *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México, D. F.: El Colegio de México.
- Ríos Molina, A., Sacristán, C., Sacristán, O., y Teresa y López Carrillo, X. (2016). Los pacientes del Manicomio de la Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio*, 68(1), 136, <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>
- Rivera Garza, C. (2001). Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado en el Manicomio General de la Castañeda (1910-1930). *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, 57-89.
- Robles González, E., García Benavides, F. y Bernabeu Mestre, J. (1996). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 221-233.
- Rodríguez Arias, B. y Calvo Torras, M. A. (1975). Historia y vigencia en terapéutica del Luminal. *Anales de Medicina y Cirugía*, 55(242), 309-320.
- Rodríguez Ocaña, E. (1994). La salud pública en España en el contexto europeo (1890-1925). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 11-27.
- Rodríguez Pérez, E. (1980). *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*. Zaragoza: CSIC.
- Rodríguez Sánchez J. A. (1995). Una alternativa restringida: la introducción de la hidropatía en España. En E. Arquiola y J. Martínez (coords.). *Ciencia en expansión: estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (siglos XVIII-XX)* (pp. 321-349). Madrid: UCM.
- Rodríguez Sánchez, J. A. (2007). Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia. *Anales de Hidrología Médica*, 2, 9-26.
- Rodríguez-Torices, M. A. (1998). *Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain)*. Leganés. Madrid: Servicio Regional de Salud, Comunidad de Madrid.
- Rosenberg, C. (1968). *The trial of the assassin Guiteau. Psychiatry and the law in the Gilded Age*. Chicago: Chicago University Press.
- Rothman, D. (1971). *The Discovery of Asylum*. Boston: Little Brown.
- Roy, V. y Roy, T. (2007). El placebo en psiquiatría, contexto histórico. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1539-1565). Madrid: Editorial Panamericana.
- Ruiz García, C. (2007). Análisis documental de la revista Ideal Médico (1917-1931). *Revista de Estudios de Ciencias Sociales y Humanidades*, 17, 53-64.

- Ruiz García, C. (2007). La asistencia psiquiátrica en Córdoba: Manuel Ruiz Maya (1888-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp.95-106). Madrid: Frenia.
- Ruiz García, C. (2011). El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: Estudio de la población manicomial en el periodo de 1900 y 1940. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti Legarda y O. Villasante. (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-236). Madrid: AEN.
- Sacristán, C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico. *Frenia*, 2(2), 61-80.
- Sáez Gómez, J. M., Marset Campos, P., Aguinaga Ontoso, E. y López Fernández, C. (2013). Las dificultades para la investigación científica en la España de la primera mitad del siglo XX. El caso paradigmático de un psiquiatra de prestigio: Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903-Murcia, 1967) En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 203-210). Madrid: AEN.
- Saiz Moreno, L. (1981). La Sociedad Española de Higiene (un siglo al servicio de la Salud Pública). *Revista de Sanidad Higiene Pública*, 55, 1073 - 1100.
- Samblás Tilve, P. (2002). César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía. ¿Cura u ortopedia? *Frenia*, 2(1), 123-137.
- Samblás Tilve, P. (2004). El Dr. César Juarros y la Escuela Central de Anormales. J. Martínez Pérez, M. I. Porras Gallo, P. Samblás Tilve y M. Del Cura González (coords.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica* (pp.539-550). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Sanjurjo Castela, G. y De Paz Ranz, S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 81-94.
- Sartin, J. S. y Perry, H. O. (1995). From mercury to malaria to penicillin: the history of the treatment of syphilis at the Mayo Clinic, 1916-1955. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32(2), 255 - 261.
- Sass, H. y Herpertz, S. (2012). Trastornos de personalidad. Sesión clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 734-745). Madrid: Triacastela.
- Scull, A. (1979). *Museums of madness*. London-New York: Allan Lane, St, Martin Press.
- Scull, A. (1981). Humitarianism as control: observations on the Historiography of angloamerican Psychiatry. *Rice University studies*, 67(8), 21-31.
- Schwartz, R. S. (2004). Paul Ehrlich's Magic Bullets. *New England Journal of Medicine*, 350, 1079-80.
- Serrano Gómez, A. y Serrano Maíllo, A. (2004). Centenario de la Escuela de Criminología. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 14, 281-289.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Siles González, J. (1996). Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: practicantes, enfermeras y visitadoras psiquiátricas. *Enfermería Científica*, 174-175, 49-53.

- Siles González, J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición Digital)*, 24–25.
- Simón Lorda, D., González Fernández, E. y Rodríguez López, A. (2003). Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 661-694) Madrid: Frenia.
- Sourkes, T. L. (1991). Early clinical neurochemistry of CNS-active drugs. Bromides. *Molecular and Chemical Neuropathology*, 14(2), 131 – 142.
- Sourkes, T. L. (2007). Sedantes e hipnóticos (I). La historia psiquiátrica de los bromuros y del hidrato de cloral. En López-Muñoz, F. y Álamo, C. (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 833-843). Madrid: Editorial Panamericana.
- Stagnaro, J. C. (2015). Introducción: En torno al origen del primer alienismo, *Asclepio*, 67(2), doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22>.
- Stainbrook, E. (1948). The uses of electricity in psychiatric treatment during the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 156 – 177.
- Sueur, L. (1997). The use of sedatives in the medical treatment of insanity in France from 1800 to 1870. *History of Psychiatry*, 8, 95 – 103.
- Suzuki, A. (2003). A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945. *History of Psychiatry*, 14(3), 337-360.
- Swash, M. (2015). John Hughlings Jackson (1835-1911): An adornment to the London Hospital. *Journal of Medical Biography*, 23(1), 2-8.
- Temkin, O. (1971). *The falling sickness: a history of epilepsy from the Greeks to the beginning of modern neurology*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Tierno, R. (2008). Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 97-129.
- Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas García-Alejo (coords). *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 329-345). Madrid: CSIC.
- Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia.
- Tilles, G. y Wallach, D. (1996). [History of the treatment of syphilis with mercury: five centuries of uncertainty and toxicity]. *Revue D'histoire de La Pharmacie*, 44(312 suppl), 347 – 351.
- Trillat, E. (1986). *Historie de l'hystérie*, Paris: Seguers.
- Trinidad Fernández, P. (1982). La reforma de las cárceles en el siglo XIX: las cárceles de Madrid. *Estudios de historia social*, 22-23, 69-188.
- Troppé, H. (2011). Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia, *Frenia*, 11, 27-46.

- Tuinier, S. y Verhoeven, W. (2007). El abordaje farmacológico de la agresividad: historia de los serenoides. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 943-962). Madrid: Editorial Panamericana.
- Tussel, J. (2006). *Historia de España en el siglo XX. 1. Del 98 a la proclamación de la República*. Madrid: Taurus.
- Ucha-Udabe, R., López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2007). Sedantes e hipnóticos (II). El relevante papel histórico y farmacológico de los barbitúricos. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 845-873). Madrid: Editorial Panamericana.
- Usó i Arnal, J. C. (2011). La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931). Prevención de salón en vísperas de la II República Association against. *Norte de Salud Mental*, 41, 94-100.
- Usó i Arnal, J. C. (2014). San Sebastián (Donostia), 1917: la sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español. *Norte de Salud Mental*, 12(50), 101-115.
- Valenciano Gayá, L. (1974). Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña. *Revista de Psicología General Aplicada*, 29(126), 43-61.
- Valenciano Gayá, L. (1977). *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata.
- Vanni, D., Salomone, B., Pomini, D., Vanni, P. y Ottaviani, R. (1999). Joseph Daquin, Piedmontese Savoyard physician, a "not well-known chiarugi". *Vesalius*, 5(1), 30-40.
- Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (eds.). (1979). *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*. Madrid: La Piqueta.
- Vázquez de la Torre Escalera, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Vázquez de la Torre, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia*, 8, p. 69-96.
- Vázquez de la Torre, P. y Villasante, O. (2016). Psychiatric care at a National Mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés. *History of Psychiatry*, 27(1), 1-14.
- Venancio, A. T. y Campos Dos Santos, R. (2012). Enfermedad mental y tuberculosis en el conocimiento psiquiátrico brasileño de la primera mitad del siglo XX. En *IV Encuentro de La Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría* (Madrid, septiembre de 2012).
- Venancio, A. y Potengy, G. (coords.). (2015). *O Asilo e a cidade: Histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond Universitaria.
- Ventosa Esquinaldo, F. (2000). *Cuidados psiquiátricos en enfermería en España (siglos XV-XX). Una aproximación histórica*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Villanova R. (1992). *Atlas de la evolución del analfabetismo en España de 1887 a 1981*. Madrid: CIDE.
- Villasante Armas, O. (1997a). Primer Certamen Frenopático Español (1883), Estructura asistencial y aspectos administrativos. *Asclepio*, 49(1), 79-93.

- Villasante Armas, O. (1997b). *El Primer Certamen Frenopático Español (1883) y su papel en la institucionalización de la psiquiatría*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Villasante Armas, O. (2000). La introducción del concepto de parálisis general progresiva en la Psiquiatría decimonónica española. *Asclepio*, 52(1), 53–72.
- Villasante Armas, O., Rey González, A., y Martí Biscá, J. V. (2008). Jose María Villaverde: retrato de un desconocido. *Medicina e Historia*, 1, 1–15.
- Villasante, O. (1999). El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(71), 469–479.
- Villasante, O. (2001). El estupor melancólico bajo los presupuestos orgánicos de Juan Barcia Caballero (1852-1926). En T. Angosto Saura, A. Rodríguez López y D. Simón Lorda (comps.). *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría* (pp.277-289). Ourense: Rodi Artes Gráficas.
- Villasante, O. (2002). Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2(2), 139-162.
- Villasante, O. (2003a). The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.
- Villasante, O. (2003b). La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España. En: F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa* (pp. 175-188). Madrid: Frenia.
- Villasante, O. (2004). La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario?. *El Médico* 919, 68-76.
- Villasante, O. (2005). Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos. *Frenia*, 5(1), 69 – 99, p. 70.
- Villasante, O. (2008) Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia*, 8, 33-68.
- Villasante, O. (2011). La polémica en torno a los manicomios, 1916. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 767-777.
- Villasante, O. (2013). Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez y O. Villasante (eds.). *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 371–385). Madrid: AEN.
- Villasante, O. (2015). El manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludio de la formación en enfermería psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 403–419
- Villasante, O. y Candela, R. (2014a). El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En S. Brigidi y J. M. Comelles (eds.). *Locuras, cultura e historia* (pp.67-85). Tarragona: Publicacions URV.

- Villasante, O. y Candela, R. (2014b). Criminal inpatients in psychiatric institutions. One hundred years of the Leganés National Asylum (1852-1952). En *XVI World Congress of the World Psychiatry Association*. Madrid, 14-18 de septiembre de 2014.
- Villasante, O., Vázquez de la Torre, P. y Tierno, R. (2008). La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Del Cura y L. V. Blas (coords). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)* (pp. 197-233). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.
- Villasante, O., Vázquez de la Torre, P., Consegnieri, A. y Huertas, R. (2016). Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900 – 1950). *Culturas Psi/Psy cultures*, 6, 109–128.
- Weiner, D. (1992). Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 725 – 732.
- Weiner, D. (2002). *Phillippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. Mexico: FCE.
- Werlinder H. (1978). *Psychopathy: a History of the Concepts*. Motala: Borgströms.
- Wessely, S. (2012). Neurastenia y síndromes de fatiga. Sección clínica. En G. E. Berrios y R. Porter (eds.). *Una historia de la psiquiatría clínica* (pp. 585-611). Madrid: Triacastela.
- White, W. y Webber, R. (2007). Historia de la terapéutica farmacológica de los trastornos por abusos de sustancias. . En F. López-Muñoz, C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 887-898). Madrid: Editorial Panamericana.
- Whitrow, M. (1990). Wagner-Jauregg and Fever Therapy. *Medical History*, 34, 294-310.
- Windholz, G. y Witherspoon, L. H. (1993). Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *History of Psychiatry*, 4, 83-93.
- Zaragozá, F. y Villaescusa, L. (2007). Fitoterapia y psiquiatría. En F. López-Muñoz y C. Álamo (dirs.). *Historia de la psicofarmacología* (pp. 1039-1056). Madrid: Editorial Panamericana.
- Zilboorg, G. y Henry, G. W. (1941). *A History of Medical Psychology*. New York: W.W. Norton Company, Inc.

ANEXOS



ANEXOS

Anexo 1: Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 15 de mayo de 1885. *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450.

Anexo 2: Nombramiento del portero del Manicomio de Leganés por la Junta de patronos. Archivo Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054.

Anexo 3: Dictamen facultativo realizado por Ramón Ezquerro Baig. Historia clínica XX-202. Archivo de Histórico del IPSSM José Germain.

Anexo 4: Título de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Antonio Yunta Carrascosa. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades Universidades 1757. Expediente 15.

Anexo 5: Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-447, 1.

Anexo 6: Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Antonio Martín-Vegué Jáudenes. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5070. Expediente 16.

Anexo 7: Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Enrique Fernández Sanz. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 4998. Expediente 15.

Anexo 8: Título de doctorado de Enrique Fernández Sanz (Universidad Central de Madrid). Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 4998. Expediente 15.

Anexo 9. Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Enrique Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211, 15.

Anexo 10: Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Ángel Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211, 9.

Anexo 11: Certificación literal del Acta de Nacimiento de José Salas y Vaca. Sección 1ª del Registro Civil de Montilla (Córdoba). Tomo 13, p. 53.

Anexo 12: Acta de bautismo de José Salas y Vaca. Archivo Parroquial de Santiago de Montilla (Córdoba). Libro de bautismos 99, folio 267, número 551.

Anexo 13. Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, otorgada a José Salas y Vaca a 25 de noviembre de 1921. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca.

Anexo 14. Nombramiento de Hijo predilecto de Montilla a José Salas y Vaca. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca.

Anexo 15. Ficha de colegiado de José Salas y Vaca. Archivo del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.

Anexo 16. Homenaje a José Salas y Vaca como Gobernador Civil de Cádiz. *España y América* (agosto de 1926), número 168, p. 5.

Anexo 17. Nombramiento a José Salas y Vaca como Comendador Ordinario de la Orden Civil de Alfonso XII. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca.

Anexo 18: Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés (1900-1931) según las fuentes de datos, INE o Historias clínicas.

Anexo 1: Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 15 de mayo de 1885. *Gaceta de Madrid*, 135, pp. 447-450

REGLAMENTO ORGÁNICO PARA EL RÉGIMEN Y GOBIERNO INTERIOR DEL MANICOMIO DE SANTA ISABEL DE LEGANÉS

CAPÍTULO I

OBJETO, CLASE Y GOBIERNO SUPERIOR DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 1º → El manicomio de Santa Isabel de Leganés es un establecimiento General de Beneficencia, y en tal concepto, depende del Ministerio de la Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, y fue declarado de Beneficencia general por real orden de 1º de noviembre de 1882.

Artículo 2º → El destino de esta casa es el cuidado y tratamiento médico moral de los enajenados.

Artículo 3º → La población acogida será de pobres, pero habrá también pensionistas.

Artículo 4º → Los pensionistas serán de dos clases: pensionistas y medio pensionistas. El número de pensionistas hasta que se amplíe el establecimiento con arreglo a los proyectos del Gobierno será 30; el de medio pensionistas 40, y el de pobres 130, entre uno y otro sexo.

CAPÍTULO II

JUNTA DE PATRONOS

Artículo 5º → La Junta de Patronos cuidará del régimen y administración del manicomio con las facultades que las instrucciones vigentes confían a los de esta clase, y por consiguiente los siguientes:

1º. Someter a la aprobación del Gobierno las modificaciones que repute necesarias o convenientes en este reglamento.

2º. La dirección y administración del manicomio.

3º. La recaudación, por medio del administrador, de los ingresos por consignaciones ordinarias del presupuesto general del estado, rentas de fincas y valores, legados, donaciones, estancias, y demás ingresos del establecimiento.

4º. Autorizar los pagos de las obligaciones ordinarias dentro de la consignación establecida en el presupuesto del establecimiento.

5º. Examinar y censurar las cuentas anuales que produzca el Administrador.

6º. Determinar la forma de contratación de los suministros sujetándose a las disposiciones contenidas en los reales decretos de 27 de Febrero de 1802 y 6 de Julio de 1853.

7º. Promover los expedientes de obras nuevas, sometiéndolas a la aprobación de la Superioridad.

8º. Disponer de la cantidad consignada para obras de conservación del edificio, previa audiencia e intervención del Arquitecto de la Beneficencia.

9º. Nombrar y separar todo el personal subalterno del establecimiento, con arreglo a la plantilla aprobada en presupuesto, dando cuenta a la Dirección general del ramo.

10º. Reformar, con aprobación superior, la referida plantilla en cuanto crea conveniente, dentro de la cantidad consignada en presupuesto.

11º. Formar los presupuestos anuales, remitiéndolos a la Dirección general en todo el mes de Noviembre de cada año.

12º. Proponer cuando crea conveniente y conduzca a la mejor administración del establecimiento.

13º. Otorgar, con la aprobación de la Dirección general, las escrituras de arriendo de las fincas propias del manicomio.

14º. Variar, cuando lo estime conveniente la alimentación de los albergados, previa aprobación del Director general, con audiencia del Jefe facultativo del Establecimiento y del Visitador de Beneficencia.

15º. Intervenir la admisión, altas y licencias de los albergados con sujeción a lo prescrito en este reglamento.

CAPÍTULO III

PERSONAL DEL MANICOMIO

Artículo 6º → Los empleados y subalternos del manicomio, y sus sueldos, serán determinados todos los años conforme a lo prevenido por los presupuestos generales del Estado. Con arreglo a los presupuestos vigentes, y mientras otra cosa no se determine legalmente, los empleados y dependientes del manicomio serán los siguientes:

- Un Administrador Depositario.
- Un Comisario Interventor.
- Un Médico, Jefe Facultativo.
- Otro Médico agregado.
- Un Capellán.
- Un practicante.
- Un barbero.
- Un mozo maquinista encargado del balneario.
- Un acólito.
- Catorce hijas de la Caridad.
- Y el número de celadores, ordenanza, y sirvientes que acuerde la Junta de Patronos, dentro de las cantidades consignadas para estos servicios en los presupuestos.

Administrador Depositario

Artículo 7º → Corresponde a este funcionario:

1º. Recaudar todos los ingresos del establecimiento.

2º. Distribuirlos en la forma que acuerde la Junta de Patronos, dentro de los límites del presupuesto, haciendo los pagos por virtud de libramiento autorizado por la misma y comprobado por certificación del Comisario Interventor, visada por la Vicepresidenta de la referida Junta.

3º. Cuidar, bajo su responsabilidad, de que no se efectúe ningún pago que no esté consignado en el presupuesto, dentro del límite concedido, y con sujeción a las reglas consignadas en la ley de contratación de servicios y obras públicas.

4º. Cuidar con especial esmero y bajo su responsabilidad de la recaudación de pensiones.

5º. Remitir a la Junta, para que ésta lo eleve a la Dirección General, un estado trimestral de los ingresos y gastos, y anualmente rendir la cuenta justificada de todo el ejercicio.

6º. Acompañar a la referida cuenta otra especial de la oficina de la farmacia y estados del movimiento de toda clase de utensilios.

7º. Acompañar así mismo a la cuenta los estados mandados formar por la instrucción de 27 de abril de 1878.

8º. Redactar los presupuestos anuales con sujeción a las Instrucciones de la Junta de Patronos.

9º. Desempeñar los demás servicios de su cargo que le encomiende la Junta de Patronos.

10º. Redactar sus cuentas por orden cronológico de artículos y capítulos del presupuesto, tanto en la parte de cargo, como en la de data, y acompañar a las mismas un estado general que comprenda las cantidades consignadas para cada concepto, y lo pagado por el mismo.

11º. Responder de las cantidades satisfechas fuera del crédito consignado, y de las que no resulten debidamente justificadas.

12º. El Administrador es el jefe del Establecimiento, como delegado de la Administración Central y de la Junta de Patronos, y desempeñará el cargo de secretario de la misma, autorizando como tal las actas de las reuniones que celebre.

Artículo 8º → El Administrador Depositario disfrutará del sueldo consignado en los presupuestos y prestará una fianza, cuya cantidad consistirá en el importe de una dozaba parte de los ingresos presupuestados del Establecimiento.

Artículo 9º → La fianza del Administrador no podrá ser levantada hasta que se aprueben las cuentas por él rendidas y con acuerdo del ministerio, a cuya disposición estará aquella.

Comisario Interventor

Artículo 10º → Este empleado disfrutará el sueldo asignado en el presupuesto; y le corresponde:

1º. Llevar los registros de entrada y salida de los albergados.

2º. Llevar un inventario de los efectos, ropas y otros útiles del hospital.

3º. Intervenir la entrada y salida en almacenes de cuantas ropas, efectos, comestibles y demás se adquieran o reciban para el servicio del Establecimiento.

4º. Expedir las certificaciones que han de acompañar a los libramientos.

5º. Desempeñar cuantos servicios a su cargo les encomiende la Junta de Patronos o el Administrador Depositario, por delegación de la Junta.

6º. Cuidar del buen orden, colocación y conservación de los documentos del Archivo.

Facultativos

Artículo 11º → Para la asistencia de los alienados habrá un Jefe Facultativo, Profesor de medicina y Cirugía, y otro Profesor agregado.

Artículo 12º → Los citados Profesores están autorizados para establecer el régimen y prescribir a los enfermos la medicación adecuada.

Artículo 13º → El Jefe Facultativo del establecimiento, además de los deberes que le impone el reglamento del cuerpo facultativo de la Beneficencia General, tendrá las atribuciones siguientes:

1º. Librar las certificaciones facultativas y entender en todo lo que revista carácter judicial.

2º. Poner en conocimiento inmediato de la Junta de Patronos que la curación de un demente se ha conseguido.

3º. Anotar en los días 13 y último de cada mes en la hoja clínica las modificaciones y cambios que hubiere experimentado en su forma y curso la indisposición de cada alienado, pasando a la Administración las de los pensionistas, para comunicarlas a las respectivas familias en el porte mensual.

4º. Ordenar la colección de los alienados según el carácter dominante de la respectiva enajenación en los departamentos respectivos, así como también las traslaciones de aquellos de un paraje a otro del Establecimiento.

5º. Designar los alienados que necesiten ser vigilados en completa censura.

6º. Nombrar los enfermos que puedan, sin riesgo propio o ajeno, ocuparse en la sala de oficios del trabajo o labor que especifique.

7º. Determinar libremente todo lo que corresponde a la alimentación, tratamiento moral, y terapéutico, aseo, ejercicio, distracciones y paseos de los enfermos.

8º. Disponer de cuanto a la higiene haga referencia, con aplicación a los asilados y al medio en el que viven.

9º. Decidir cuando se puede visitar a los enfermos, y que clase de personas con quienes se debía de prohibir la comunicación.

10º. Ordenar el inventario de los instrumentos, aparatos, vendajes y efectos propios del servicio sanitario, entregando una copia al Administrador del Establecimiento y archivando el original en la Jefatura Facultativa. Este inventario se ampliará con la relación nominal de los nuevos objetos que se adquieran, pasando igualmente nota al Administrador de los efectos adquiridos y de los que hubiesen sufrido deterioro hasta el punto de resultar inútiles o inservibles.

11º. Llevar un registro de todos los enfermos que ingresen en el Establecimiento.

Artículo 14º → Todos los días, a las ocho de la mañana, en los meses de Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto y septiembre y a las nueve en los demás pasará visita general a todos los acogidos.

Artículo 15º → En las tardes, y a las diferentes horas del día y de la noche, hará observaciones y visitas que crea necesarias para ilustrarse en la variedad y curso de las formas de enajenación que tenga en tratamiento.

Artículo 16º → Cuando por cualquier accidente no pueda presenciar las visitas de los particulares a los acogidos, pasará nota escrita a la Administración de los individuos que no puedan ser visitados.

Artículo 17º → El profesor agregado pasará la visita a los acogidos en ausencia o enfermedad del Jefe Facultativo auxiliándole además en cuantos casos reclamare la presencia del servidor.

Artículo 18º → Constantemente habrá en el manicomio uno de los Facultativos a fin de auxiliar a los alienados en cualquiera accidentes que pueda ocurrirles.

Capellán

Artículo 19º → Para el servicio espiritual de los enfermos habrá un Capellán.

Artículo 20º → Incumbe al mismo:

1º. Cumplir diariamente con las cláusulas del contrato que el Gobierno mantiene con las Hijas de la Caridad.

2º. Cooperara, bajo la dirección del Jefe Facultativo del Establecimiento, al éxito de los tratamientos morales que prescriba a los alienados el referido profesor.

3º. Administrar los auxilios espirituales a los enfermos si procede mandato facultativo, o en caso de peligro de muerte por indicación de la Dirección de la Administración o Superiora de las Hijas de la Caridad.

Artículo 21º → Será el jefe de la Capilla y dispondrá del culto, arreglándose sus disposiciones al presupuesto general.

Artículo 22º → En todo lo relativo a los actos de su ministerio tendrá a sus órdenes un acólito.

Artículo 23º → No podrá ausentarse de la población sin permiso de la Junta de Patronos.

Artículo 24º → Cuando la ausencia del Capellán hubiere de durar más de dos días, solicitará licencia del Director General de Beneficencia y Sanidad.

Siempre que la ausencia del capellán haya de durar más de 24 horas tendrá que dejar, a su costa, en el establecimiento un Sacerdote que lo sustituya.

Practicante

Artículo 25º → Para el servicio del Establecimiento habrá un Practicante nombrado por oposición.

Artículo 26º → Es obligación de éste funcionario:

1º. Ejercer con los enfermeros todos actos y operaciones de cirugía menor, sujetándose a las prescripciones del jefe Facultativo, y ayudando a éste en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias.

2º. Administrar por si o vigilar por medio de los enfermeros, de los medicamentos o baños que se hayan dispuesto por el Facultativo.

3º. Cumplir las órdenes del profesor para la medicación, alimento, aseo y distracción de los enfermos.

4º. Presenciar por la mañana la limpieza corporal de los sucios, cuidando que queden bien aseados y vestidos y paa que se les trate con afectuosidad y cariño.

5º. Vigilar a los enfermeros para que cumplan sus deberes, dando el parte al Médico y Administrador de las faltas que adviertan.

6º. Anunciada por la campana la llegada del Profesor, se presentará inmediatamente en la sala de visita.

7º. Recoger los medicamentos a la hora señalada, y los prescritos con intervalos regulares y señalados por el profesor con horas determinadas, conservar los rótulos y el sitio conveniente, administrándolos por si a los intervalos prescritos.

8º. Observar puntualmente las reglas de buen orden establecidas en la casa.

9º. No abandonar el establecimiento sin conocimiento del Jefe Facultativo, y siempre después de haber cumplido sus obligaciones.

10º. Tener a su cargo la custodia y aseo del arsenal y aparatos quirúrgicos, recibirlos bajo inventario, y llevar diariamente las libretas de los medicamentos.

Barbero

Artículo 27º → Es obligación de éste:

1º. Vigilar, en unión del Practicante, el aseo personal de los enfermos.

2º. Afeitar a los pensionistas dos veces por semana, y dos a los pobres en igual periodo; cortar el pelo a todos anualmente y ordenar a los enfermeros que laven los pies, manos y cara de los asilados cuantas veces sea necesario, cortándoles las uñas cada ocho días.

3º. Auxiliar al Practicante en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias.

Hijas de la Caridad

Artículo 28º → El servicio inmediato de los enfermos, así como los cuidados del aseo y limpieza del manicomio se confían a las Hijas de la Caridad, con arreglo a las condiciones de su contrato.

Artículo 29º → Desempeñarán las obligaciones que les impone este reglamento y su instituto respecto a la asistencia de los alienados.

Artículo 30º → En el departamento de enajenados tendrán a su cargo la custodia, vigilancia y aseo de los enfermos, pudiendo, en caso preciso, reclamar el auxilio de los enfermeros.

Artículo 31º → También tendrán a su cargo el lavado, recogido y planchado de las ropas de todo el Establecimiento.

Artículo 32º → A la Superiora de las Hijas de la Caridad incumbe:

1º. Distribuir por turno las hermanas destinadas a prestar los cuidados y asistencia que necesitan en todos los servicios que les están encomendados.

2º. Disponer las que deben hacer el servicio de la cocina y despensa.

3º. Correr con los gastos menores, a cuyo fin el Administrador les facilitará mensualmente la cantidad que creen necesaria.

4º. Rendir mensualmente la cuenta de gastos menores por los diferentes conceptos.

5º. Recibir y almacenar, con intervención del Comisario, los artículos de consumo, objetos y muebles que entren en el establecimiento, ya provengan de subastas o compras, ya de legados o donativos, para conservarlos y distribuirlos.

6º. Hacerse cargo de las ropas y demás efectos que aporten los pensionistas a su ingreso en el manicomio, manifestando mensualmente a la Administración las que en lo sucesivo necesiten los mismos.

7º. Cuidar las ropas y ornamentos de la Capilla del establecimiento.

8º. No consentir que salga de los almacenes artículo alguno para las dependencias y servicio del Establecimiento sin exigir el correspondiente recibo, con el Vº. Bº. Del Administrador.

9º. Procurar que la alimentación de los asilados sea con arreglo a la calidad y cantidad que se expresa en el reglamento y la que indique la libreta firmada diariamente por el Jefe Facultativo o Profesor agregado.

Artículo 33º → Para auxiliar en todos los servicios de su cargo, además de las subordinadas que inmediatamente le están sometidos, tendrán el número de criadas que la Junta de Patronos estime conveniente.

Artículo 34º → Cuando la Junta de Patronos o la Administración crea oportuno oír acerca de la calidad de los objetos, géneros y artículos que hayan de recibirse para el servicio, emitirá su dictamen razonado.

Portero

Artículo 35º → El portero tiene a su cargo el cuidado de la puerta principal, y la de la calle de Isabel la Católica.

Artículo 36º → Le corresponde además:

1º. Permanecer constantemente en el atrio del establecimiento.

2º. Tener constantemente cerrada la verja, cuya llave entregará de noche a la Superiora, recibéndola de la misma por las mañanas, a las horas que designe el Administrador.

3º. No permitir que entre persona alguna en el Establecimiento sin conocimiento del Administrador, o de quien haga sus veces, sin otra excepción que los empleados y dependientes del mismo y de las personas que directamente se presenten para visitar a la Superiora.

4º. No permitir que ninguna persona entre en el manicomio con bastón, palo ni armas, y recogerlas en el acto devolviéndolas a la salida. Respecto a los Jefes y Oficiales del Ejército y a las Autoridades, se limitará a hacerles observar la conveniencia de que por precaución depositen en la portería hasta su salida las armas y bastones.

5º. Cuidar de que los enfermeros del establecimiento no salgan de él sino para asuntos del servicio, con permiso del Administrador.

6º. Prohibir la salida de los enfermos o enfermas sin permiso del Jefe Facultativo o del Administrador cuando el enfermo sea dado de baja definitiva.

7º. No permitir la entrada ni salida de géneros, objetos y mobiliario de ninguna clase, por insignificante que parezca, sin conocimiento del Administrador.

8º. Dar parte de cuanto ocurra al Administrador o Superiora de las Hijas de la Caridad.

Guarda exterior

Artículo 37º → Es de su obligación:

1º. Evitar que los enfermos se fuguen por las tapias, ventanas y demás puntos que den al exterior.

2º. Evitar que los enfermos y dependientes salgan por los mismos puntos de día ni de noche.

3º. Evitar que se sustraiga ni introduzca subrepticamente objeto ninguno en el asilo.

4º. Velar para que persona ninguna escale el Establecimiento por la parte exterior.

5º. Evitar que el ruido inusitado exterior y otras causas contribuyan a exacerbar los padecimientos de los alienados.

6º. Auxiliar al portero en el caso de que hubiere necesidad de amparo para hacerse respetar en el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 38º → Para cumplir las obligaciones anteriores ejercerá la más exquisita vigilancia recorriendo el recinto cuantas veces lo crea necesario, dando parte de las novedades que ocurran y de las faltas de seguridad que advierta, tanto por lo que respecta a las puertas y ventanas, como a las tapias.

Artículo 39º → Observará además todas las órdenes que reciba del Administrador.

Ordenanza

Artículo 40º → El ordenanza cumplirá con los deberes siguientes:

1º. Recibir los mandatos de la Junta de Patronos y del Administrador, y cumplirlos con la mayor exactitud.

2º. No entregar las comunicaciones oficiales que se le confíen a ningún otro dependiente del hospital, ni persona extraña a él, sino prestar personalmente su servicio.

Celador

Artículo 41º → Incumbe al celador:

1º. La custodia y vigilancia de los enfermos.

2º. El buen orden y aseo de los departamentos, camas, mobiliario y todo lo concerniente al servicio interior del manicomio.

3º. Por sí, o por medio de un enfermero de su confianza, se hará cargo en el almacén de vestuario, ropas de cama y demás necesario, cuidará de su distribución y devolverá al almacén las ropas sucias e inútiles.

4º. Cuidará también del mobiliario, y avisará a la Administración de las faltas que advierta.

5º. Distribuirá el servicio de vigilantes de día y de noche, y celará cuidadosamente por el cumplimiento de los deberes de los mismos, procurando que traten a los enfermos con afecto y cariño. Impedirá que se dañen a sí mismo o a sus compañeros, y velará por que, cuando sea preciso usar de la fuerza para contener sus ímpetus agresivos, se haga en cuanto baste a sujetarlos, sin castigarlos ni maltratarlos en manera alguna.

Artículo 42º → Para asegurar de que no falta en la casa, ni se ha fugado ningún enfermo, pasará por lo menos cuatro requisas diarias, a saber: una por la mañana, otra al mediodía, otra al anochecer y otra a las altas horas de la noche, dando parte diario a la Administración, y Jefatura facultativa, con expresión de "novedad" o sin ella, de cuanto advirtiere, así respecto de los enfermos, como de los vigilantes y de la seguridad o inseguridad que ofrezcan las puertas, ventanas, tapias, etc. del Establecimiento.

Artículo 43º → Como Jefe natural de los enfermeros, no permitirá que estos salgan del Establecimiento sin licencia, excepto en los casos que hayan de hacerlo para asuntos del servicio.

Artículo 44º → El celador recogerá de las familias de los pensionistas el tabaco que éstas entreguen para los enfermos, cuidará de su distribución, y para los pobres comprará y distribuirá también el tabaco que costea el Establecimiento.

Artículo 45º → Cuidará de que, donde quiera que se hallen los alienados, haya enfermeros o personas que los vigilen.

Artículo 46º → Vigilará también a los enfermeros y les hará cumplir las órdenes del Jefe Facultativo sobre higiene y medicación, y las que diese el Administrador y la Superiora de las Hijas de la Caridad relativas a orden y disciplina.

Mozos enfermeros

Artículo 47º → Los mozos, en todo lo relativo a la limpieza de los enfermos y del Establecimiento, estarán alas órdenes del Administrador Depositario y de la Superiora de las Hijas de la Caridad, y en lo concerniente a la asistencia de los enfermos, las recibirán del Jefe Facultativo.

Artículo 48º → Será obligación de los mozos:

1º. Vigilar a los enfermos, evitar su fuga y sus daños, asearlos, vestirlos y cuidar de su tranquilidad, tratándolos con cariño y buenas maneras.

2º. Limpiar las camas, comedores, departamentos, vajillas y mobiliario destinado al servicio del Establecimiento.

3º. Administrar la comida y medicamentos a los enfermos y cumplir cuantas órdenes reciban de sus superiores jerárquicos directamente o por conducto del celador o Jefe inmediato.

4º. Conducir al enfermo que requiera ayuda o no pueda sin ella trasladarse al departamento de baños o dormitorio.

5º. Dar parte de cuantas novedades adviertan en los enfermos y en los objetos puestos a sus cuidados.

Artículo 49º → Sus faltas, siendo leves, las corregirá el Administrador o Jefe Facultativo en los términos que crean convenientes.

Estos dependientes usarán dentro del Establecimiento gorra de paño azul oscuro con tira naranja y visera de cuero abujolada.

Criadas

Artículo 50º → El número de criadas será determinado por la Junta de Patronos y estarán a las órdenes de la Superiora de las Hijas de la Caridad, quien las ocupará en lo que considere útil al servicio de las enfermas en el lavado de las ropas, coladas y limpieza de la cocina.

Vaquero, cochero, carretero, hortelano-jardinero

Artículo 51º → Estos dependientes estarán a las inmediatas órdenes del Administrador. El hortelano jardinero se someterá estrictamente a lo que el Jefe Facultativo acuerde cuando ponga bajo sus órdenes un alienado.

Cualquier abuso cometido por el hortelano jardinero en las personas de los enajenados será inmediatamente puesto en conocimiento de la Junta de Patronos para el castigo que la misma estime conveniente. Este empleado no debe perder de vista que al poner bajo su dirección el trabajo horticultor de un demente se hace en concepto sólo de coadyuvante del tratamiento médico moral

CAPÍTULO IV

ADMISIÓN DE LOS ALIENADOS

Artículo 52º → El ingreso de los dementes lo ordena el Director General de Beneficencia y Sanidad.

Artículo 53º → A la instancia solicitando el ingreso se acompañará una información hecha ante el Juez de 1ª Instancia del domicilio del alienado, su curador o familia, en que se acredite el estado de demencia y la conveniencia o necesidad de su reclusión.

Esta solicitud será suscrita por el pariente más cercano del enfermo, y de tratarse de persona casada, habrán de ser citados y oídos en la información el cónyuge y sus más próximos parientes.

En el caso de carecer de familia el enfermo, ignorando el paradero de ésta o tenerla muy ajena, la información se pedirá por el gobernador o el Alcalde del pueblo de la residencia del demente.

Artículo 54º → Antes de ingresar el enfermo en el Establecimiento será reconocido por el Facultativo del mismo.

Artículo 55º → Los pobres acreditarán esta cualidad con cartillas expedidas por el Secretario del Ayuntamiento referido a los datos que arrojen los amillaramientos de la riqueza.

Artículo 56º → Completo el expediente, el Director General de Beneficencia y Sanidad concederá al interesado turno de ingreso, y la Administración del Establecimiento cuidará de avisar cuando le corresponda entrar, si al hacerse la concesión no hubiere vacante.

Artículo 57º → Una vez cubierto el número de plazas, no será obstáculo esta circunstancia para cursar las solicitudes pidiendo ingreso en el manicomio de Santa Isabel. Los expedientes incoados con este objeto se resolverán, fijándose para los casos un turno riguroso por clases.

Artículo 58º → Para el cumplimiento del artículo anterior se formará por el Administrador tres listas de las órdenes de admisión: una de pobres, otras de pensionistas y otra de mediopensionistas, numeradas correlativamente.

Las precitadas listas se mantendrán constantemente expuestas al público en la portería del establecimiento. Cualquier alteración en el orden cronológico de estas listas será castigada con arreglo a lo prevenido en el código penal para los funcionarios públicos que falten a sus deberes. Cuando el alienado habite fuera de Madrid, el Administrador del Establecimiento comunicará la resolución superior al Alcalde de la localidad a que corresponda la familia o tutor o curador del enajenado, a fin de que conozcan los interesados oportunamente lo resuelto por la Dirección en sus instancias, y haber correspondido el ingreso por el turno establecido.

CAPÍTULO V

SALIDA TEMPORAL Y DEFINITIVA DE LOS ALIENADOS

Artículo 59º → La salida temporal de los pensionistas y medio pensionistas se acordará por la Superioridad cuando el Médico lo aconseje como prescripción exploradora o coadyuvante, y cuando lo pida el tutor, o un pariente o persona allegada del alienado.

La plaza se conservará hasta el regreso del demente cuando la licencia exceda de dos meses, y la prórroga de otro más siempre que lo haya solicitado con antelación a la terminación de la licencia, justificando la necesidad. Terminado este plazo, el reingreso de aquel no se sujetará al orden establecido en el calafón general.

Artículo 60º → Las licencias temporales sólo se otorgarán a los alienados pobres cuando medie prescripción facultativa urgente, petición o aceptación de la persona que tenga su representación legal.

Artículo 61º → Terminado el tiempo de licencia, se proveerá la plaza en el enfermo a quién le corresponda por turno ingresar, si aquel no se hubiere presentado al siguiente día de la terminación, o no acreditare imposibilidad disculpable de haberlo así verificado.

Artículo 62º → Para la salida definitiva de un enajenado pobre precederá necesariamente que el Jefe Facultativo haya consignado en la hoja clínica que se ha verificado la curación. Tan pronto como el médico haya hecho esta declaración, la Junta de Patronos lo pondrá en conocimiento de la Dirección General proponiendo el alta, y acordada ésta por el referido centro, la Administración local dará de ello aviso a las personas por cuya demanda se haya verificado la reclusión, o al Juzgado o autorización militar que lo hubiere solicitado.

Artículo 63º → El alienado pobre que hubiere logrado la curación y no acuda a pedir su salida un pariente o persona allegada en el término de noveno día de haber sido avisado por el Administrador será, previo socorro, puesto a disposición del Alcalde de Leganés, quien le dará carta de ruta y le encaminará al pueblo de su naturaleza.

Artículo 64º → Con arreglo a lo establecido en los artículos anteriores, el Administrador del Establecimiento no impedirá a ningún detenido que haya sido dado de alta definitiva, o por licencia temporal, que salga del manicomio, siempre que preceda requerimiento por una persona de las designadas a continuación:

1º. Por el Curador nombrado en cumplimiento de la ley de Enjuiciamiento Civil.

2º. Por el cónyuge.

3º. Si es viudo o viuda sin hijos, por los ascendientes.

4º. Si tiene hijos o nietos, por los descendientes.

5º. Por la persona que hubiere autorizado con su firma pidiendo el ingreso, a menos que un pariente no haya declarado oponerse a que dicha persona use de dicha facultad sin su consentimiento.

6º. Por cualquiera persona autorizada legalmente de las enumeradas en los párrafos anteriores y en el artículo 64.

Artículo 65º → El Administrador del manicomio responde con arreglo a lo previsto en el artículo 59º, párrafo segundo, del código Penal, de la entrada y salida del Establecimiento de los dementes sin la orden de la Superioridad.

CAPÍTULO VI

PENSIONES

Artículo 66º → Desde la publicación de este reglamento y mientras otra cosa no se establezca en los presupuestos anuales del manicomio, los enfermos pensionistas de ambos sexos pagarán 3 pesetas 50 céntimos diarios por estancia y 3 pesetas 50 céntimos al mes por el cuidado, planchado y lavado de su ropa, cuando su familia o legítimo representante no quiera ocuparse de ello por su cuenta.

Artículo 67º → Los pensionistas de segunda clase sólo pagarán 2 pesetas por día de estancia y 3 pesetas con 50 céntimos por el cuidado de la ropa en los mismos términos que los de primera clase.

Artículo 68º → El pago se efectuará en Legatas en la Administración depositaria del manicomio por trimestres adelantados.

Artículo 69º → Los pensionistas de ambas clases y sexos aportarán las ropas de su uso, excepto las de cama que consistirán en cuatro servilletas, cuatro toallas y cubierto sin cuchillo, que serán o no de plata a voluntad de las familias, debiendo estar marcados todos estos objetos con las iniciales del enfermo.

Disfrutarán la asistencia facultativa, las medicinas, los alimentos que se señalarán al hablar de la asistencia alimenticia, camas, juego, recreo, aseo a pie y en coche y cuando requiera su estado, a juicio del Jefe Facultativo del manicomio.

Artículo 70º → Los pobres nada pagan, la nación provee a su asistencia y necesidades

CAPÍTULO VII

DEL REGLAMENTO INTERNO

Artículo 71º → El Administrador del manicomio, al ingresar los alienados, inscribirá en un registro foliado el nombre, apellido, edad, pueblo, domicilio y profesión del enfermo; nombre y domicilio de la persona que hubiere solicitado la reclusión y la orden en cuya virtud se haya esta verificado.

El registro contendrá además el nombre del tutor administrador o del curador del enajenado, la fecha de ingreso y un extracto de los antecedentes y vicisitudes del enfermo.

El precitado registro se ampliará con la salida temporal o definitiva del asilo y la enumeración de las causas que la hubieran motivado.

Este registro no podrá ser examinado por persona extraña al Establecimiento sin autorización de la Dirección General de Beneficencia.

Artículo 72º → El Jefe Facultativo por su parte abrirá al propio tiempo la hoja clínica de alienad, en la que consignará en primer término los datos que adquiere por la observancia directa del enfermo, y a continuación el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Artículo 73º → Cuando el Jefe Facultativo lo crea oportuno en virtud de sus observaciones fijará en la hoja el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, ocupando entonces el enajenado el departamento que por el carácter especial del mal le corresponda ocupar.

Artículo 74º → De la (sic) alta y baja de enfermos pasará el Jefe Facultativo un estado mensual a la Dirección general y al Visitador del ramo con la clasificación de la enfermedad.

CAPÍTULO VIII

REGLAS GENERALES PARA EL TRATO DE LOS ACOGIDOS

Artículo 75º → Al ingresar todo alienado pobre en el Establecimiento se le hará la limpieza indispensable y vestirá el traje de la casa.

Este traje será, para los hombres, de lanilla en verano y de paño oscuro en las estaciones restantes.

Se compondrá de:

1º. Camisa blanca de algodón, elástica, según la estación.

2º. Pantalón, chaqueta y chaleco.

3º. Zapatos de becerro.

4º. Sombrero negro, hongo de feltro y ala estrecha para diario.

Las mismas prendas de negro y sombrero de ala ancha constituirán el traje para los días festivos.

Los cuellos de las chaquetas, tanto de diario como de vestir, serán de paño color grana, con las iniciales M. L., de metal dorado y los de hueso liso y negro.

Artículo 76 → El traje de las mujeres dentro del asilo lo constituirá:

1º. Camisa de algodón y corpiño de muletón en invierno.

2º. Vestido de percal oscuro y mantón, o pañuelo para el cuello, según la estación.

3º. Toquilla blanca de algodón.

4º. Enagua blanca de algodón.

5º. Refajo de bayeta.

6º. Media de lana y zapato alto, de dos costuras.

Para los días festivos el vestido será de estameña de color oscuro y las demás prendas iguales a las ordenadas dentro del Establecimiento.

Artículo 77º → EL traje de los alienados de menor edad, se arreglará, sustituyendo el sombrero por gorra de paño azul.

CAPÍTULO IX

HORAS DE COMIDAS

Artículo 78º → El desayuno se servirá en todo tiempo a las siete de la mañana, la comida a las doce y la cena a las seis de la tarde.

Artículo 79º → Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior se servirán entre comidas, según lo dispuesto por el Jefe Facultativo los chocolates, bizcochos, leche, vinos generosos y demás artículos que aquel les prescriba.

CAPÍTULO X

ALIMENTOS

Artículo 80º → El desayuno de los pobres será de sopa, salvo las excepciones que acuerde el Jefe Facultativo. El de los pensionistas será chocolate hecho con una pastilla de 23 gramos o café con leche y tostada con manteca o sin ella, según prescriba el Médico.

Artículo 81º → La comida de los pobres consistirá en cocido con garbanzos, carne, tocino y patatas o verdura. La de los pensionistas de primera clase en igual cocido, un principio y un postre; y la de los de segunda en igual cocido, un principio y un postre.

Artículo 82º → La cena para los pobres consistirán en guisado con patatas o legumbres, y la de los pensionistas en el mismo guisado, otro plato fuerte, un postre y ensalada.

Artículo 83º → La ración general de cada enfermo se fija para los efectos de los tres anteriores artículos en:

- Cinco hectogramos de pan.

- Dos y medio hectogramos de carne.
- Veinte gramos de ____
- Y dos hectogramos de legumbres, garbanzos, judías secas o arroz, repartidas según las circunstancias lo aconsejen.

Artículo 84º → Las raciones de principios en los pensionistas y las de verduras y ensaladas de los pobres no están sujetas cantidad determinada.

Artículo 85º → El vino de las comidas tanto de los pobres como de los pensionistas será de prescripción facultativa limitándose al vino de Valdepeñas y no excediendo de la cantidad de 23 centilitros en cada comida.

Artículo 86º → Están prohibidas las comidas extraordinarias de los acogidos por Real Orden de 29 de Mayo de 1861; se ratifica esta prohibición, quedando por tanto abolida la costumbre de dar en la mesa a los enajenados platos extraordinarios.

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO EXTRAORDINARIO YO DIETA

Artículo 87º → El Médico del Establecimiento señalará los casos en que haya de administrarse a los enfermos cocido separado con gallina y jamón asados de carne, etc, y cuando deba tenerse a dieta, y las condiciones de ésta.

CAPÍTULO XII

ALIMENTACIÓN DE LOS EMPLEADOS

Artículo 88º → El alimento de los empleados del manicomio que disfruten ración, según el presupuesto, lo constituirá el general de los alienados y 23 centilitros de vino en la comida y en la cena.

Artículo 89º → Ningún dependiente del hospital tiene derecho a beneficiar lo que no quiera o no pudiese comer en el refectorio, no sacarlo del Establecimiento para utilizarse de ello.

CAPÍTULO XIII

DIVISIÓN DEL MANICOMIO

Artículo 90º → El asilo se haya dividido en cuarteles diferentes para los dos sexos y para la infancia y la edad madura. Cada uno de aquellos cuarteles se subdivide en departamentos independientes dedicados a observación, a enfermos sujetos a Tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes.

Artículo 91º → Las órdenes del Jefe Facultativo concernientes al régimen físico y moral y a la policía médica y personal de los alienados puestos en los departamentos antes enumerados, serán estrictamente respetadas por los empleados del Establecimiento, cualquiera que fuese su empleo o categoría.

Artículo 92º → Para el departamento de sucios versarán:

- 1º. Sobre la ventilación de las piezas o estancias.
- 2º. Sobre la preparación de las camas, servicio dentro de ellas y ____ de los aparatos y útiles necesarios.
- 3º. Sobre la limpieza, lavado y distribución de las aguas dentro del Establecimiento.
- 4º. Sobre las medidas que deberán proferir para habitar a los alienados al retrete y lavabo en periodos regulares.

Para el departamento de furiosos versarán:

- 1º. Sobre los medios de contención más apropiados.
- 2º. Sobre la clausura celular.
- 3º. Sobre los socorros inmediatos en caso de daño producido por el enajenado a su propia persona.

Para el departamento de epilépticos versarán:

- 1º. Sobre los auxilios que convengan dispensarlos durante los accesos.
- 2º. Sobre el aislamiento de los alienados epilépticos en el caso anterior.

Artículo 93º → El manicomio cuenta con una botica provista, según las exigencias de la farmacología moderna, abundando en ella los alcaloides y los principios extractivos más importantes.

Contiene además agregada a cada departamento una sección de baños y cuartos de aseo; cuenta con gimnasio, gabinete hidroterápico con todos los adelantos introducidos en los mejores del extranjero, billar, salas de juego, de labor, enfermería, lazareto, y jardines para paseo y recreo de los enfermos.

Artículo 94º → Queda prohibida la ocupación de los enfermos, tanto de pobres como de pensionistas, en otros trabajos que los ordenados por el Jefe Facultativo en concepto de prescripción coadyuvante para el tratamiento médico-moral; igualmente que el encierro sistemático y el ocuparlos por castigo o represión en las faenas de la casa, huerta o sus dependencias.

CAPÍTULO XIV

VISITAS A LOS ENFERMOS

Artículo 95º → Por ningún pretexto se prohibirá la visita a algún enfermo de su consorte, padres, tutor/curador o hermanos cuando quiera que lo solicite del Jefe Facultativo, observándose las precauciones que estime éste convenientes, y previo su consentimiento.

CAPÍTULO XV

VISITAS AL ESTABLECIMIENTO

Artículo 96º → Se prohíbe la entrada al manicomio a toda persona extraña al servicio y administración del mismo.

Artículo 97º → La persona que con causa legítima desee conocer el método y régimen interior del Establecimiento lo visitará previa orden del Ministro, Subsecretario, Director general o Junta de Patronos, quedando a juicio del Jefe Facultativo hacer extensiva la visita a los departamentos de hombres y mujeres y a todas las dependencias, o limitarla a sólo los departamentos de alienados pacíficos.

Artículo 98º → El Administrador facilitará a las personas que visiten el Establecimiento cuantos datos y noticias le pidan acerca del orden interior y del trato que se da a los enfermos.

Artículo 99º → Los extranjeros y facultativos de medicina que deseen conocer el manicomio, sus dependencias y método que en él se sigue, así médico como económico, podrán visitarlo sin permiso de la Superioridad, empero haciendo constar su carácter ante el Administrador del Establecimiento.

Estas visitas podrán verificarse en cualquiera día de la semana, y de llegar a la hora en que lo hace el Jefe Facultativo, deberá éste acompañar a los visitantes y complacerles en cuanto deseen conocer, a excepción de cualquiera exigencia que afecte ala tranquilidad de los enfermos.

Artículo 100º → Se procurará evitar que los visitantes dirijan a los enfermos palabras que pudieran alterarlos.

Artículo 101º → En caso de epidemia o otra circunstancia grave, el Administrador del asilo, con acuerdo de la Superioridad, prohibirá absolutamente las visitas y se tendrán por caducados los permisos concedidos.

CAPÍTULO XVI

ENTERRAMIENTOS

Artículo 102º → La Administración se encarga del enterramiento de los cadáveres de los alienados pobres.

Cuando la familia desee intervenir en el enterramiento, será de su cuenta el abono de todos los gastos, para lo cual la administración local entregará a aquella la cuenta detallada y los justificantes.

El enterramiento de los pensionistas será de cuenta de las familias de los mismos.

CAPÍTULO ADICIONAL

Artículo 103º → Queda prohibido a los empleados que tengan a su cargo la vigilancia de los dementes que les entreguen cartas o mantengan con ellos conversaciones que puedan alterar su estado moral.

Artículo 104º → Los celadores, enfermeros y demás dependientes del Establecimiento que maltrataren de obra a los alienados serán despedidos en el acto, dando el Administrador cuenta a la Junta de Patronos y a la Dirección general de Beneficencia, no pudiendo volver a servir en Establecimientos de esta categoría y siendo entregados a los Tribunales para lo que proceda en justicia.

Artículo 105º → La traslación de dementes pobres de otros manicomios al de Santa Isabel será dispuesto por la Autoridad local del pueblo de que proceda y de cuenta de ésta los gastos que ocasiona.

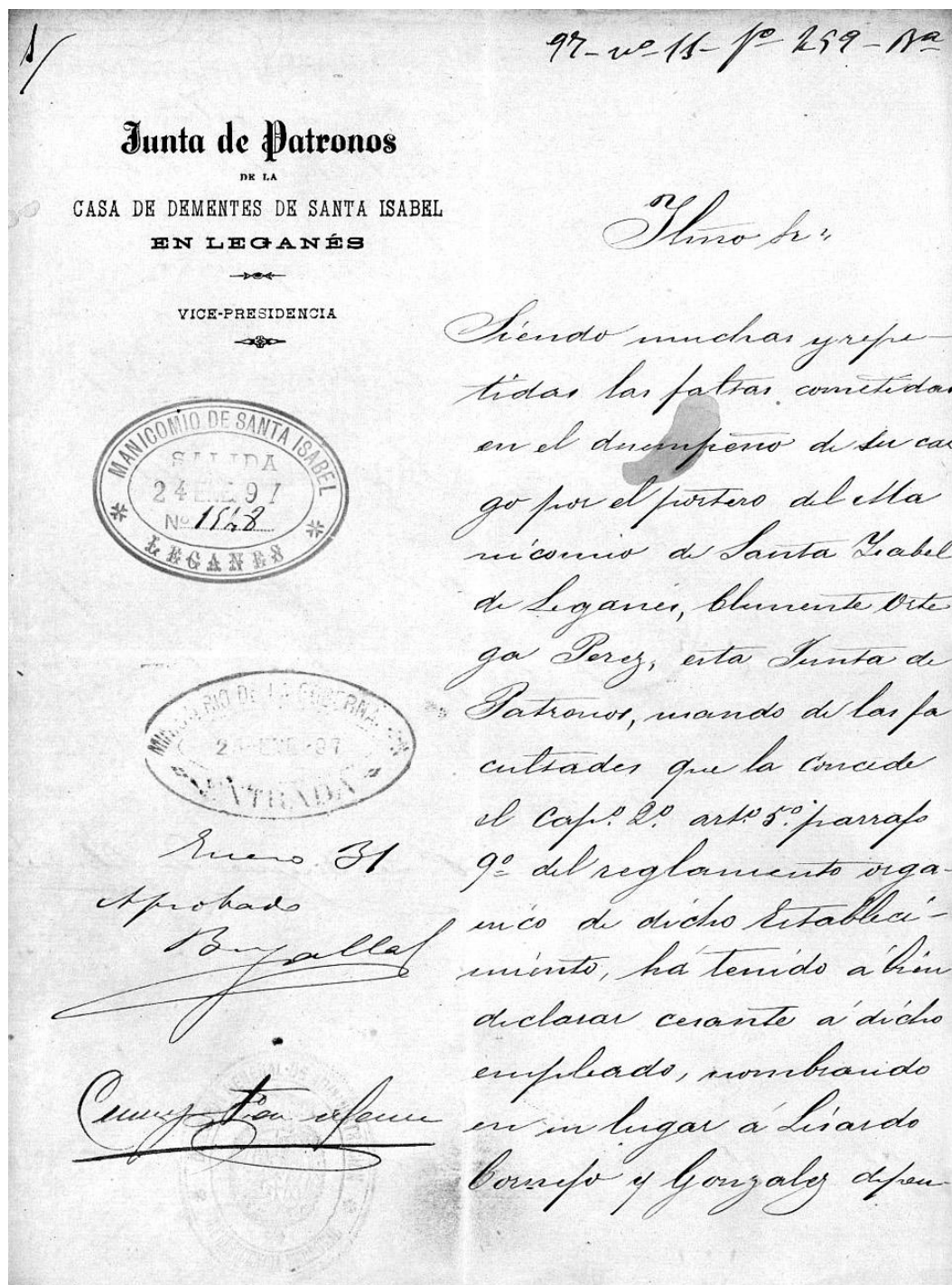
Artículo 106º → Cuando los Tribunales de justicia declaren la irresponsabilidad de un reo por razón de demencia probada y acuerden su reclusión en este manicomio, se concederá el término de ingreso correspondiente, previo el envío de testimonio de la sentencia. El Administrador del Establecimiento cuidará de avisar al Tribunal cuando corresponde ingresar al demente para que pueda ser remitido.

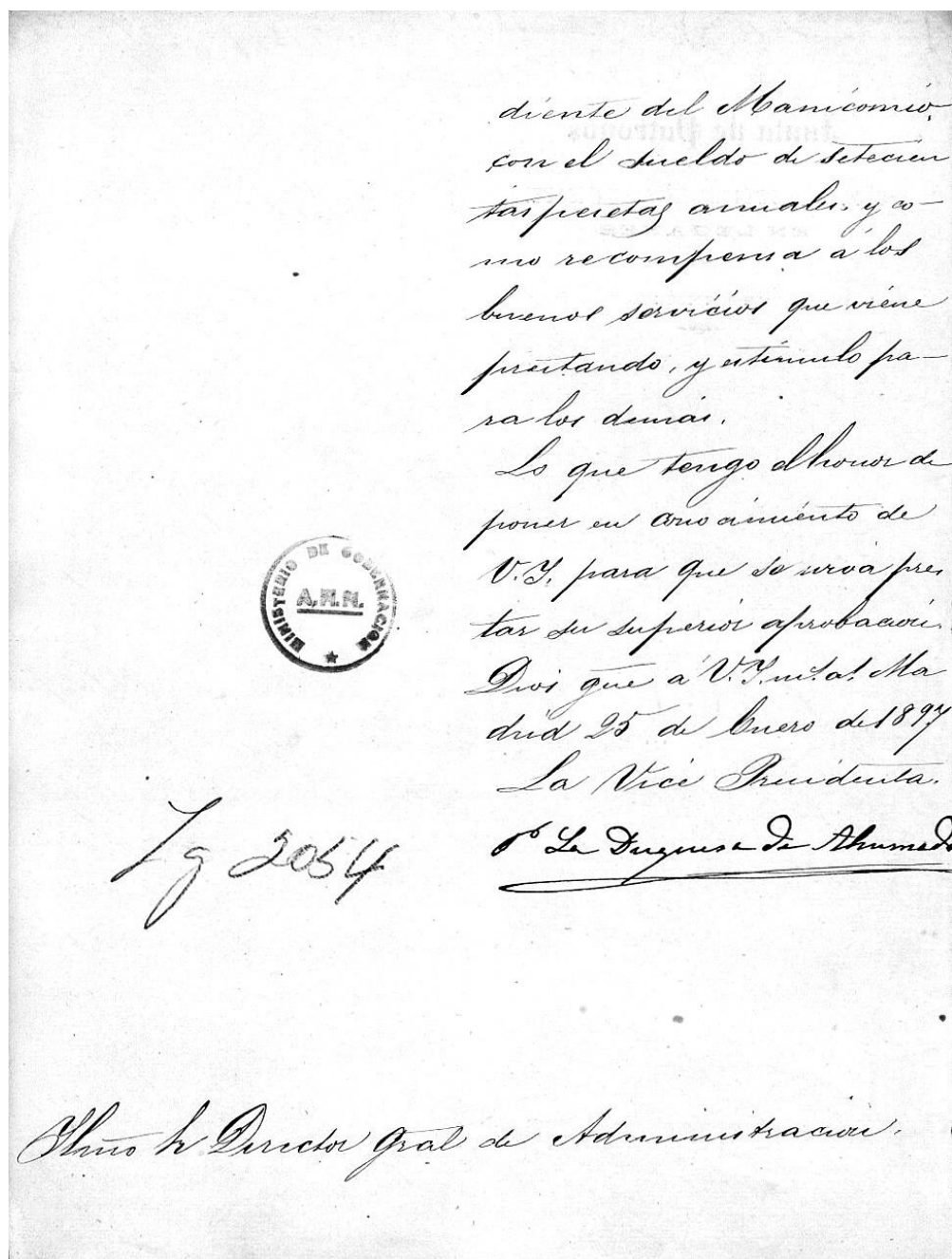
Ningún demente de esta casa podrá ser puesto en libertad cuando obtenga su curación sin avisar previamente al Tribunal que lo remitió.

Madrid, 12 de Mayo de 1885, aprobado por S. M. ROMERO.

Anexo 2. Nombramiento del portero del Manicomio de Leganés por la Junta de patronos. Archivo

Histórico Nacional. Legajo: FC-Mº_Interior 2054





Anexo 3. Dictamen facultativo realizado por Ramón Ezquerra Baig. Historia clínica XX-202. Archivo de Histórico del IPSSM José Germain

DICTAMEN emitido por D. Ramon Ezquerra y Baig, Medico de numero por oposi-
sion de la Beneficencia General, Jefe facultativo del Manicomio de Santa
Isabel de Leganés, fecha del dictamen D.

~~XX~~

ILTRMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN.

El Dr. D. Ramon Ezquerro y Baig, Medico de numero por oposicion de la Penefic
cencia General, Jefe facultativo del Manicomio de St. Isabel de Leganes.

Manifiesta: Que obligado moralmente a velar por el jus te credi-
te del Manicomio Nacional de Sta. Isabel de Leganes, acude a
la superioridad con el adjunte informe tecnico acerca del es-
tado mental de D. [redacted], ingresado para su
observacion en dicho establecimiento, deseando que se determi-
ne bien la intervencion del Manicomio del Estado en este asun-
to.

El presente informe de fundamentura: 1º En la historia de sintomat-

trias por la familia referentes a periodo anterior a su ingre-
so en Manicomio; y 2º En los hechos y observaciones comprobados
durante su estancia en el establecimiento.

De antos ordenes de antecedentes se deduciran: las consecuencias
razonada oportunas; el juicio diagnostico; y, finalmente, cier-
te numero de conclusiones concretas, resumen de este documento.

Primero: Cuenta en la actualidad D. [redacted]

edad de Cincuenta y Cuatro años, es natural de Albacete, de es-
tado casado, y oficio platero, últimamente, zapatero antes.

Su padre vivió hasta la edad de ochenta y cuatro años y en-
tuvo loco y paralítico, curando de ambas enfermedades. El tiene
abitos alcohólicos y contrajo la infeccion sifilitica el año de
1900. En el verano de 1904, sufrió la caída de un coche, que le
ocasionó una lesion en la cadera derecha (dislocacion) y más y
medio despues estando aun con muletas, se despertó una mañana en
gran atontamiento, parálisis del brazo y pierna izquieras (Hemi-
plegia) y dolor intenso, accasional, nocturno, de cabeza en el
mismo lado. En Abril del año de 1905 tomó los baños de Archena
y cuando regresó, le aparecieron ataques convulsivos que comenza

ban por debajo en el lado izquierdo del brazo y pecho, eran muy pronunciadas en la mitad paralizada y se acompañaban de eructos involuntarios de erina perdida completa del conocimiento y espuma en la boca; su duración era muy corta quedando después muy atontado durante bastante tiempo. Le daban al principio cada mes, y luego se hicieron más frecuentes, cada ocho días, a las horas variables, algunas horas durante el sueño.

Estos datos fueron recogidos del propio Sr. [redacted] por el Dr. Ezquerro en su consulta particular, el día 19 de Octubre de 1905 según consta en sus libros, tomo segundo, Folio 83. Le ordenó un tratamiento bromurado con declaruración y se volvió a verle hasta que ingresó en Leganes. Cuenta la familia que, desde el ataque de parálisis cambió por completo su manera de ser. Siempre dicen, que fué de genio violento, poco cariñoso para con sus hijos, observando una conducta bastante irregular. Pero desde la parálisis, comenzaron los malos tratos de palabra y obra las frases indecentes, la manera de hablar escandalosa, diciendo todo a voces, [redacted] que se cerraran los balcones, [redacted] se paraban los transeúntes en la calle. Cuando los niños iban á darle un beso para marchar se al Colegio; les decía: "así es mate un Tranvía y es traigan en una espuerta" e les aconsejaba que cejieran un cuchillo y degollaran á su madre asegurandoles que el los salvaria. Unas veces queria suicidarse lanzandose por el balcón; otras pedia un revolver para matar á la familia y matarse él. Por las noches, tenía pesadillas en las que gritaba: "que me cejen, que me cejen" acudia á su habitación, se despertaba y les despedía con actos desonestos, sin atender á que hubiera delante criaturas, personas de otro sexo ó sus hijas. Un día se asomó al balcón, y sin motivo alguno comenzó á dar formidable escandalo; llamó á un Guardia civil de 14º tercio que pasaba por la calle y subió á enterarse de lo que ocurría; á sus preguntas contestó el Sr. [redacted] que la causa del alboroto consistía en que su familia no era gustosa de que se fuera al Hospital provincial. El Dr. D. Auselio Barriquer Medico Director de los baños de Centena y vecino entonces de la casa, aconsejó que no le contrariaran en sus deseos y le llevaran

al Hospital, en donde permaneció algun tiempo en sala de pago, dando grandes escandalos. Luego, estuvo en el Hospital de Nuestra Señora del Carmen, como pensionista de segunda clase, observando tambien una conducta escandalosa. La familia invoca para probar estos hechos el testimonio de las hermanas de la caridad y del personal de uno y otro Hospital.

En diversas épocas en los merenderos de la puerta de Hierro y la Cuesta de las perdices, celebraba verdaderas arrivas, con exesos de todo genero, motivando alborotos bajo la influencia del alcohol.

De nuevo en su casa hubo necesidad de pedir auxilio varias veces á la delegacion de vigilancia del Distrito de Palacio, y, subiendo de punto la conducta agresiva del Sr. [REDACTED], fué reconocido por dos Médicos, por el Sub-delegado de medicina, y por el Alcalde de barrio que certificaron la necesidad y urgencia de recibirle en observacion en un Manicomio.

Enfermo el Sr. [REDACTED] de la parálisis, no trabajaba en su profesion, como no tenia otro medio de vida, fueron gastando de los ahorros que habian podido reunir y que segun la familia asegura poder probar nunca ascendieron á la cantidad de 25.000 duros que el afirma que existian á raíz de su ataque de parálisis. De todos modos la renta que pueden producir 25.000 duros en acciones del Banco de España, es notoriamente insuficiente para sufragar los gastos de coche y francachela, los inherentes á la enfermedad y los necesarios para atender al sostenimiento de la familia compuesta de la mujer y de seis hijos.

Necesariamente pensando con logica, el capital tuvo que sufrir grandes mermas y se fuera menor de lo que asegura el Sr. [REDACTED]

y resultara cierto lo que afirma la familia no es extraordinario que desapareciera. Tuvieron que reducir los gastos, mudarse á cuarto mas barato vender el carruaje y los caballos, y segun ellos, agotados los recursos, acreditaron la pobreza del enfermo en la Direccion general de Administracion local, al solicitar su ingreso en el Manicomio. Estos son los datos suministrados por la familia del Sr. [REDACTED]. El Tercer facultativo del Manicomio

no tienen medios de comprobar su exactitud, así se contentarse en su verosimilitud.

Segundo. Ingresó en el Manicomio el día 20 de Junio de 1907, a las once de la mañana en observación y como pobre, previos los requisitos que marca la ley. Pocos días después de su ingreso, fue trasladado al departamento de medio-pensionistas volviendo al de pobres el día 9 de Diciembre de 1907. La certificación de los médicos que intervinieron en su ingreso dice así: D. José González Campos, y D. Salvador Lizana Garrido; certifican: que D. [redacted] padece sífilis cerebral manifestada por hemiplegia izquierda, con degeneración descendente del manojo piramidal, ataques de epilepsia sintomática y trastornos mentales caracterizados por ideas delirantes de persecución, impulsiones agresivas, que hacen necesarias con toda urgencia su reclusión en un Manicomio, para evitar un atentado contra sí mismo ó contra las personas que le rodean. "Se presentó a nuestra observación diciendo que se estaba loco, que tenía una parálisis y que había corrientes eléctricas y que le habían traído de Inglaterra, pues se decía hasta que al Sanatorio del Jilón a que le dieran corrientes eléctricas. No se observaron trastornos delirantes agudos, pero sí atontamiento pronunciado; estado ligeramente demencial, dice la hoja de observación. Se comprobaron grandes errores en la operaciones de cálculo, asegura él que su familia le quiere envenenar; que le tienen en el Manicomio para disfrutar de 25.000 duros que posee de capital. Habla siempre con gran vehemencia de este asunto, exaltándose; empleando lenguaje obsceno. Trata con desprecio a las hermanas de la Caridad, y en cuanto vuelven la espalda, profiere las mas sucias injurias contra ellas. No manifiesta cariño a ninguno de su familia; esta acude al Manicomio todos los días festivos, pero él se exalta de tal modo cuando con ellos habla, lo mismo con la madre que con los hijos, que hubo necesidad de impedir que los viera. Ni una sola vez se ha manifestado el menor enternecimiento, nunca ha hecho ruego alguno acudiendo al cariño; siempre con amenazas; repetidas veces se le ha oído de ir por el personal del establecimiento, que en cuanto saliera del Manicomio mataba a su mujer y

a su hija mayor. No se han observado sensibleria ni lloros é risas espasmódicas. Tiene la idea fija, la obsesión de los 25.000 duros que asegura poseer. Pero no es una idea contra la que lucha (como en las verdaderas obsesiones), al contrario lucha por ella. No acepta que con su enfermedad se haya su capital; y día y noche, á todas horas, siempre habla de lo mismo sin desfallecer un momento, prefiriendo amenazas contra los médicos que certificaron para su ingreso, afirmando que no le vio mas que uno y no des como le dicen y que no es cierto que el Subdelegado de Medicina ni el Alcalde barrio, le obser varan antes de certificar. En sus acusaciones envuelve al Jefe facultativo del Manicomio, al que hace responsable de su secuestro; cree que está envenenada con su muger, que se vá á ver á su casa usando de retencencias para decirle. Nunca, ni aun como Médico, ha estado el Dr. D. Ramón Ezquerro y Baig, una sola vez en casa de [redacted] y no ha tenido con esa familia y con el enfermo otra relacion, otro trato, que el profesional indicado en este informe.

En una de las ultimas visitas que le hizo el Jefe facultativo del Manicomio le dijo lo siguiente en presencia de los otros Médicos, hermanas de la Caridad, del practicante de los enfermeros, y de los otros enfermos: "Ya se ve que V. es el Médico de Maura, y que por eso no tiene V. cuidado, y que las Marquesas que V. visita han ido á verle par á decirle, no tenga V. é no tengas (segun le traten) ningun cuidado". Aludia á su denuncia por secuestro. Tambien se le ha oido decir que su muger estaba amancebada con un sacerdote. Para completar la observacion hay que hacer constar que la memoria y el sueño, son buenos, que no hubo durante la observacion ninguna crisis convulsiva y que la inteligencia se hizo mas clara durante el periodo de la observacion.

Se comprueban facilmente los vestigios de la hemiplegia espasmódica, y de la lesion de la cadera, por daida del pecho y signos indudables de arterio-esclerosis.

En el mes de Abril pasado se presentaron al manicomio para observar á este enfermo los Médicos Sres. Segarra, y Canseco (fe

renses) y Gereda (particular). Dieron que iban de parte del Sr. Juez de primera instancia del Distrito del Hospicio, y no se les exigió documento alguno que acreditara su misión, dándoles toda clase de facilidades. Pero en algunas de las visitas les acompañó el letrado Sr. D. Benoso Arcos, y en una de ellas, hecha por el Sr. Canseco y el letrado, invitaron a que les de jaran solos con el Sr. [redacted], marchándose un momento el médico agregado del Manicomio D. Antonio Junta, y los empleados que les acompañaban en la visita que refirieron el incidente ocurrido al Jefe facultativo del Manicomio. Como está prohibido que sin mandato del Sr. Juez pueda nadie penetrar en el Manicomio para visitar a los en el acogidos, y menos aún quedar a solas con ellos, y además es inconveniente para una buena observación pericial la presencia de personas extrañas, (sobre todo cuando existe la sospecha de que pueda haber trastornos de memoria,

se ordena

no se permitir la entrada mas que a los Médicos salvo el caso de mandamiento judicial contrario. El día 6 de Junio la Dirección General de Administración local, accedió al deseo del Sr. Juez Instrucción de que se trasladara al Sr. [redacted] al Hospital provincial para que los forenses (nada se dice del Sr. Gereda) dictaminen e informen. El día 13 de Junio se presentó la orden del Juzgado para el traslado por el Sr. Benoso Arcos, según consta en el recibo que existe en el Manicomio, y en automóvil y acompañado por empleados de la casa el Sr. Arcos condujo a [redacted] al Hospital provincial.

Tales son los hechos observados.

Vamos ahora a deducir las consecuencias.

D. [redacted], es alcohólico sífilítico y sufrió una lesión cerebral en foco. La destrucción parcial del cerebro compromete su función que es sensitiva, motora e intelectual; los trastornos sensitivos faltan muchas veces, los motores e intelectuales ^{son constantes}. En orden de preferencia, entre los últimos deben colocarse en primer lugar las perturbaciones morales que son muy profundas en el [redacted]. Su carácter sufrió enérgicas modifica-

ciones; se hizo irritable, de comercio difícil egoísta, sus exigencias caprichosas debían ser plenamente satisfechas si no lo eran se encolerizaba. De lenguaje soez; no se puede encontrar en él ni un sentimiento elevado, no tienen idea ninguna religiosa, ni tiene la religión del cariño a sus semejantes, carece de pudor y falta de todo freno moral y con inteligencia muy poco cultivada y menos aun educada, van sus actos y donde le conducen sus mas groseros apetitos; las francachelas, las borracheras, los excesos de todo genero que agravan sus estado. Cuando cede en el medio tranquilo del Manicomio. sin posibilidad de cometer tales excesos, su caracter sufrió un cambio favorable y las crisis epilépticas desaparecieron. Por su bien y por el de las personas que le rodean es una necesidad, una conveniencia que permanezca en el Manicomio;.

Las perturbaciones de la memoria son constantes en los cerebrales organicos y ofrecen infinita variedad, en su intensidad, en su duración, en su forma, en sus modalidades individuales. No se han encontrado amnesias (falta de memoria) en los recuerdos de hechos ocurridos en el Manicomio al [redacted] pero es seguro que existen y se refieren á recuerdos anteriores, quizá al de la cuantía de sus ahorros. Las perturbaciones, presiden la organización de ciertas delirantes de persecución, que representan la expresion morbosa de la desconfianza de estos enfermos y de las perdidas de memoria por las que se olvidan del lugar y la cantidad de su dinero, y se imaginan que se les roba acusando a sus parientes de males en los que solo son responsables los defectos de la memoria, la irritabilidad del caracter y la tendencia á las interpretaciones malignas emanadas de su juicio debilitado. Por eso importa mucho determinar el grado de certidumbre de las afirmaciones que él hace y de las que hace su familia, pues es posible que, en ellas, se encuentre la clave de trastornos delirantes de persecución. El Sr. [redacted] afirma que tiene en poder de su familia 25.000 duros. La familia asegura que no existe esa cantidad, oficialmente se le da al enfermo como pobre previos los requisitos que marca la ley

y

y recordando los grandes errores que al hacer cálculos comete el [redacted], el Jefe facultativo del Manicomio puede llegar á conclusión de que padece ideas de persecución y de grandezas constituyendo un delirio de interpretación. Pero profundizando más en el estudio de los hechos observados se determina un fondo degenerativo hereditario que la lesión cerebral y las complicaciones de la enfermedad contribuyeron á que dejara de estar latente, determinando un verdadero delirio de reivindicación, únicamente basado sobre una idea fija (Fogis), obsesante, en la que no se lucha contra la idea (como ocurre en las obsesiones), sino por la idea. Carácter que se ha determinado en la observación verificada á toda hora y en todo momento en el Manicomio durante todo el tiempo de su permanencia, pues ni un solo instante dejó de presentarse con igual tenacidad, con igual vivacidad, con los caracteres determinados por Serieux y Capgras en su artículo "Diagnostic du delire d'interpretation" (Revue de Psychiatrie, Janvier 1908). De según estos autores una psicosis sistematizada crónica constituida por el predominio casi exclusivo de una idea fija, que constituye un estado paranoico, con tema dominante plausible, hipertrofia del Yo, sin megalomania, con excitación intelectual permanente y que se acompaña de anomalías del carácter y del sentido moral. Todo esto se observa en el Sr. [redacted].

La tenacidad de la idea fija que no dejó de acompañarle ni un solo momento durante todo el tiempo de la observación (que por estas y otras razones debe ser continuada y de larga duración) es característica y más aun tratándose de un enfermo con una lesión cerebral. Tuvo ahorrado dinero, tal vez 25.000 duros y se pusiero á nombre de su hija por razones que quisiera vengas á corroborar el fondo de locura moral del interesado. Enfirmó, dejó de ganar, continuó gastando, (en coche en orgías, en la enfermedad, en sostener á su familia) se merió el capital, hubo necesidad de disminuir los gastos y entonces vinieron las reclamaciones, las reivindicaciones, y la idea dominante única: que le quitaban el dinero; con el tema plausible, exigir que se le devolvieran. El punto de sus reivindicaciones se es un hecho de naturaleza siendo á disfrazaado sino amplificado: Se mantenían siempre en el

terreno de la realidad. Su excitación mental habitual, su sensibilidad, su compatibilidad sexual, su atención constantemente fija en un punto, puede provocar interpretaciones delirantes, generalmente en pequeño número y en las que es difícil decir si revelan errores de juicio ó mala fe. ¿Sería sorprendente que un individuo lúcido en conflicto con el mundo exterior interpretara á su manera los sucesos que le afectan bajo la influencia de su estado pasional y de su idea obsesante? (Serien y Gaggas loc cit. pag. 13). De este modo interpreta el Jefe del Manicomio la última conversación que tuvo con el [redacted] cuando le dijo que era médico de personajes importantes; como cuando aludía á sus relaciones de amistad con la familia [redacted]. Revelan mala fe ó tal vez errores de juicio. Sentado así el diagnóstico psicosis caracterizada por perturbaciones morales profundas, consecutivas á lesión cerebral en foco y agravada por el alcoholismo y delirio de revindicación, de origen degenerativo hay que hacer constar que esta última forma de alienación mental (variedad de los perseguidos-perseguidores), exige la reclusión manicomial, por ser capaces los enfermos que la padecen de graves agresiones eligiendo la víctima. Conviene así mismo no olvidar las amenazas de muerte que contra su mujer y su hija mayor lanzó en el Manicomio el [redacted]. El jefe facultativo del Manicomio debe hacer constar, bien estos hechos por sí desgraciadamente mas adelante, hubiere lugar á recordarlos. De todos los hechos referidos de las observaciones practicadas, y del juicio que unos y otros han merecido al Jefe facultativo del Manicomio de Sta. Isabel de Leganes, deben sacarse las siguientes conclusiones de este documento.

Primero. D. [redacted] y Sebastian, tiene antecedentes alcohólicos y sífilíticos, y a fre las consecuencias de una lesión cerebral en foco que ha determinado hemiplegia izquierda, ataques epilépticos, y graves perturbaciones morales.

Segundo. Ademas, presenta un delirio de revindicación, de origen degenerativo, caracterizado por un estado pasional obsesante, de monodelirio de conciencia de que quieren privarle de su capital) con tema dominante e plausible (salir del Manicomio á recobrar su

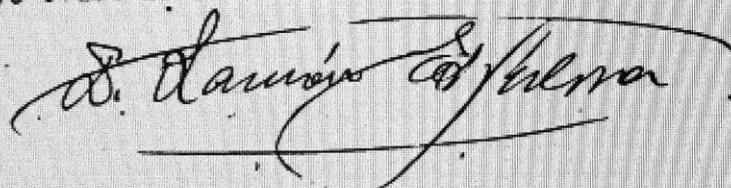
dinero), y algunas interpretaciones de los hechos, acusar de mala fe a las personas que intervinieron en sus asuntos.

Tercero: Las perturbaciones morales hacen conveniente su permanencia en el Manicomio; el delirio de revindicación hace absolutamente precisa su reclusión manicomial, porque estos enfermos verdaderos perseguidos perseguidores, son muy agresivos y peligrosos.

Lo que tengo el alto honor de poner en conocimiento de V.I. en cumplimiento de los deberes de cargo que desempeño y a los efectos que se estimen convenientes.

Dado en el Manicomio de V.I. a los 13 de Enero de 1908.

May. 13 Jan. de 1908.



Anexo 4. Título de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Antonio Yunta Carrascosa. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades Universidades 1757, 15

P.

UNIVERSIDAD CENTRAL.

FACULTAD DE MEDICINA. Curso de 1871 a 1872.

Grado DE *Licenciado*

Espediente núm. *387.*

TRIBUNAL.

ss. Seco
Arce-Ocaña,
Munoz.

D. Antonio Yunta y Carrascosa,
natural de *Bembibre,* pro-
vincia de *Leon,* de
edad de _____ años, segun
consta al folio _____ del libro de actas de
grados, de dicha clase y Facultad, existente
en la misma.

Día 16 de Octubre 1871

Primer ejercicio pa Licenciado
aprobado =

El Sr
Francisco Munoz

Día 17 Oct. 1871

Segundo ejercicio = aprobado
El Sr
F. Munoz

Anexo 5. Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Aurelio Mendiguchía Carriche. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-447, 1

MEDICINA

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

50

DISTRITO UNIVERSITARIO DE MADRID **FACULTAD DE MEDICINA**

REGISTRO DE IDENTIDAD ESCOLAR

Mendiguchía Carriche **D. Aurelio**

hijo de D. *José* y de D.^a *Virginia* que nació el día 11 de *Febrero* de 1894, en *Madrid*, provincia de *Madrid*.

BACHILLER por el Instituto general y técnico de *San Isidro* en 25 de *Junio* del 1894 con nota de *Sobresaliente* en el primer ejercicio y de *Sobresaliente* en el segundo. Título expedido por el Rectorado de *Madrid* en 21 de *Enero* de 1910.

FIRMA DEL ALUMNO

PERÍODO DE LA LICENCIATURA

ASIGNATURAS	CURSO	UNIVERSIDAD DONDE		NOTAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		SE MATRICULÓ	SE EXAMINÓ	ORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS	
PERÍODO PREPARATORIO						
Física general.....	1909-1910	<i>Madrid</i>		<i>Notable</i>	"	<i>De Honor</i>
Química general.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Mineralogía y Botánica.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Zoología general.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
PERÍODO DE LA LICENCIATURA						
Anatomía descriptiva y Embriología.—Primer curso.....	1910-1911	<i>Madrid</i>		<i>Sobresaliente</i>	"	
Histología é Histoquímica normales.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
Técnica anatómica.—Primer curso.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Anatomía descriptiva y Embriología.—Segundo curso.....	1911-1912	<i>Madrid</i>		<i>Sobresaliente</i>	"	
Técnica anatómica.—Segundo curso.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Fisiología humana teórica y experimental.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
Patología general con su clínica.....	1912-1913	<i>Madrid</i>		<i>Aprobado</i>	"	
Terapéutica.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Anatomía patológica.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Patología quirúrgica.—Primer curso, con su clínica.....	1913-1914	<i>Madrid</i>		<i>Notable</i>	"	
Patología médica.—Primer curso, con su clínica.....	"	"	"	<i>Aprobado</i>	"	
Obstetricia y Ginecología.—Primer curso, con su clínica.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
Anatomía topográfica.....	"	"	"	<i>Sobte y M^a de 70^a</i>	"	
Oftalmología con su clínica.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Patología quirúrgica.—Segundo curso, con su clínica.....	1914-1915	<i>Madrid</i>		<i>Sobte y M^a de 70^a</i>	"	
Patología médica.—Segundo curso, con su clínica.....	"	"	"	<i>Aprobado</i>	"	
Obstetricia y Ginecología.—Segundo curso, con su clínica.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	<i>M^a de 70^a</i>
Curso de las enfermedades de la infancia.....	"	"	"	<i>Aprobado</i>	"	
Oto-rino-laringología, con su clínica.....	"	"	"	<i>Notable</i>	"	
Patología quirúrgica.—Tercer curso, con su clínica.....	1915-1916	<i>Madrid</i>		<i>Sobte y M^a de 70^a</i>	"	<i>M^a de 70^a</i>
Patología médica.—Tercer curso, con su clínica.....	"	"	"	<i>Aprobado</i>	"	
Higiene pública con prácticas de Bacteriología.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
Medicina legal y Toxicología.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	
Dermatología y Sifilografía, con su clínica.....	"	"	"	<i>Sobresaliente</i>	"	<i>De Honor</i>
<i>Francés</i>	1905-1906	<i>Instit. San Isidro</i>		<i>Sobresaliente</i>	"	
<i>Latín</i>	1908-1909	<i>id.</i>	<i>id.</i>	<i>Sobte y M^a de 70^a</i>	"	

REAL DECRETO DE 23 DE OCTUBRE DE 1914—REAL ORDEN DE 8 DE FEBRERO DE 1915.

Anexo 6. Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Antonio Martín-Vegué Jáudenes. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 5070, 16

UNIVERSIDAD CENTRAL

SECRETARÍA GENERAL

NEGOCIADO 3º

Facultad de Medicina Sección de _____

Carpeta del expediente del alumno Martín Vegué Jáudenes
D. Antonio natural de Madrid
provincia de Madrid, que nació el _____ de 1____.

Celebró el último ejercicio del **Grado de Bachiller** en el Instituto de Oviedo
el día 28 de Septiembre de 1897 con la calificación de Aprobado
en el primer ejercicio y la de Aprobado en el segundo; habiéndosele expedido el
Título por el Rectorado de Oviedo en 30 de Septiembre de 1901.
Aprobado en el **Examen de Ingreso** en _____ el día _____
de _____ de 1____.

ASIGNATURAS	CURSO	ESTABLECIMIENTO DONDE		NOTAS OBTENIDAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		Se matriculó.	Se examinó.	Ordinarios.	Extraordinarios.	
<u>Francés</u>	<u>1893-94</u>	<u>U. de Oviedo</u>	<u>Aprobado</u>			
<u>Alemán</u>	<u>1899-900</u>	<u>U. de Valladolid</u>	<u>Notable</u>			
<u>Física general</u>	<u>1900-901</u>	<u>U. de Valladolid</u>	<u>Notable</u>			
<u>Química general</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	<u>Aprobado</u>			<u>C. Lep.</u>
<u>Mineral y Bot.</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	<u>Notable</u>			<u>id.</u>
<u>Zoología general</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	<u>Notable</u>			
<u>Química descript. 1º</u>	<u>1901-902</u>	<u>id</u>	<u>Notable</u>			
<u>Histología e Histog.</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	<u>Notable</u>			
<u>Técnica anat. 1º</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	<u>Notable</u>			
<u>Anatomía 2º</u>	<u>1902-03</u>	<u>U. Central</u>	"	"		
<u>Fisiología 2º</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	"	"		
<u>Anatología</u>	<u>id</u>	<u>id</u>	"	"		
<u>Anat. descript. 2º curso</u>	<u>1906-907</u>	<u>id</u>				<u>Conc. favor.</u>

A. H. N.
UNIVERSIDADES

ASIGNATURAS	CURSO	ESTABLECIMIENTO DONDE		NOTAS OBTENIDAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		Se matriculó.	Se examinó.	Ordinarios.	Extraor- dinarios.	
Física anatóm. 2 ^a	1906-1907	Madrid	id	Aprob.		} Couo ^a junio.
Fisiología humana	id	id	id			
Anatomía descrip. 2 ^a	1907-1908	"	"	"	Aprob.	Ca. Junio
Fisiología humana	"	"	"	"	"	"
Fisiología humana	1908-1909	id	id	"	Aprob.	Ca. Junio
Patología general	id	id	id	"	Aprob.	id
Terapéutica	1909-1910	id	id	"	Aprob.	
Pat. patológica	id	id	id	"	Aprob.	Ca. Junio
Pat. quirúrgica 1 ^a	id	id	id	"	Aprob.	
Medicina 1 ^a	id	id	id	"	Aprob.	} Ca. Septu.
Obstetricia 1 ^a	id	id	id	"	"	
Obstetricia 2 ^a	1910-11	id	id	Aprob.		} ex ^o oficial
Quím. topografía	id	id	id	Aprob.		
Química 2 ^a	id	id	id	Notasahiente		
Química 2 ^a	id	id	id	Aprob.		
Obstetricia 2 ^a	id	id	id	Aprob.		
Quím. de la Inf.	id	id	id	Suspens.	Suspens.	
Medicina legal	id	id	id	Aprob.		
Química 3 ^a	id	id	id	"	Suspens.	
Medicina 3 ^a	id	id	id	"	Suspens.	
Higiene	id	id	id	"	Aprob.	
Pat. quirúrgica 2 ^a	1911-12	id	id	Notable		
Pat. médica 2 ^a	id	id	id	Notable		
Quím. de la infancia	id	id	id	Notable		
Licenciado en Med. y Cir. en 22 de junio de 1912				Aprob.		
Título fecha 21 de noviembre de 1912						

Anexo 7. Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Enrique Fernández Sanz. Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 4998, 15

En 16 Sept 1902 devuelto a la p. 10.ª

la primera vez

UNIVERSIDAD CENTRAL

SECRETARÍA GENERAL

Negociado 3.º

FACULTAD DE Medicina

Carpeta del expediente del alumno Fernandez y Sanz
D. Enrique natural de Madrid
 provincia de Madrid

Recibió el último ejercicio del **Grado de Bachiller** en el Instituto del Cardenal Cisneros el día 5 de Julio de 1888 con las calificaciones de Sobresaliente en el primer ejercicio y la de Aprobado en el segundo; habiéndosele expedido el correspondiente **Título** por el Rectorado de la Universidad de Madrid en 31 de Diciembre de 1888 autorizado con la firma de L.ºs. Rector y S.ºs. g.ºal.

ASIGNATURAS.	CURSO.	ESTABLECIMIENTO DONDE		NOTAS OBTENIDAS EN		OBSERVACIONES.
		Se matriculó.	Se examinó.	ordinarios.	extraordinarios.	
Lengua francesa	1884-85	Int.º C. Cisneros		Sobrt.º	"	
Lengua alemana	1888-89	Int.º I.º Fridero		Sobrt.º	"	
Ampl.º de Física	1888-89	U. Central		Sobrt.º	"	Premio
Química general	id	id		"	"	
Minera y Bot.ºca	id	id		Sobrt.º	"	Premio
Zoología	id	id		Sobrt.º	"	Premio
Química general	1889-90	id		Sobrt.º	Premio	M.º de honor
Anat.º descript.º 1.º	1890-91	id		Sobrt.º	Premio	M.º de honor
Histología e H.ºta	id	id		Sobrt.º	Premio	
Fisiología anat.º 1.º	id	id		Sobrt.º	Premio	
Anat.º descript.º 2.º	1891-92	id		Sobrt.º	Premio	Matricula de honor
Fisiología humana	id	id		Sobrt.º	Premio	
Patología	id	id		Sobrt.º	Premio	

ASIGNATURAS.	CURSO.	ESTABLECIMIENTO DONDE		NOTAS OBTENIDAS EN		OBSERVACIONES.
		Se matriculó.	Se examinó.	ordinarios.	extraor- dinarios.	
<i>Física anat.^a 2^a</i>	<i>1891-92</i>	<i>U. Central</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>Mención</i>
<i>Patología general</i>	<i>1892-93</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>Mención</i>
<i>Terapéutica</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>Promio</i>	<i>M.^a de honor</i>
<i>Anat.^a patológica</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>Mención</i>
<i>Patología quirúrgica</i>	<i>1893-94</i>	<i>Madrid Tarag^a</i>		<i>M.^a de honor</i>	<i>"</i>	<i>Traslado</i>
<i>Patología médica</i>	<i>id</i>	<i>id id id</i>		<i>"</i>	<i>"</i>	<i>a la Univer-</i>
<i>Obstetricia</i>	<i>id</i>	<i>id id id</i>		<i>"</i>	<i>"</i>	<i>sidad de Ta-</i>
<i>Enfermedades de niños</i>	<i>id</i>	<i>id id id</i>		<i>"</i>	<i>"</i>	<i>ragosa.</i>
<i>Patología quirúrgica</i>	<i>1894-95</i>	<i>Madrid</i>		<i>"</i>	<i>Sobret^e</i>	
<i>Patología médica</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>"</i>	<i>Sobret^e</i>	
<i>Obstetricia</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>"</i>	<i>Aprob^a</i>	
<i>Enfermedades de niños</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>"</i>	<i>Sobret^e</i>	
<i>Clínica quirúrgica 1^a</i>	<i>1895-96</i>	<i>id</i>		<i>Notable</i>	<i>"</i>	
<i>Clínica médica, 1^a</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	
<i>Clínica de Obstetricia</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	
<i>Anat.^a topográfica</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	
<i>Clínica médica, 2^a</i>	<i>1896-97</i>	<i>id</i>		<i>Notable</i>	<i>"</i>	<i>Examinado en</i>
<i>Clínica quirúrgica 2^a</i>	<i>1896-97</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>Mayo de 1897, con</i>
<i>Higiene pública</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>forma a la U. O.</i>
<i>Medicina legal</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>Sobret^e</i>	<i>"</i>	<i>de 8 de id.</i>
<i>U. Central. Licenciado en Medicina y Cirugía en 8</i>						
<i>de Abril de 1897 Sobret^e 2^a fecha 7 Oct^a 1902.</i>						
<i>Historia c.^a de la Med.^a</i>	<i>1897-98</i>	<i>U. Central</i>		<i>"</i>	<i>Promio</i>	
<i>Ampliación de la Hig.^a p.^a</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>"</i>	<i>Aprob^a</i>	
<i>Análisis química</i>	<i>id</i>	<i>id</i>		<i>"</i>	<i>Not^e</i>	

Anexo 8. Título de doctorado de Enrique Fernández Sanz (Universidad Central de Madrid). Archivo Histórico Nacional. Legajo: Universidades 4998, 15

Ced. n.º 7225 - 7.º cl. - Madrid 10 junio 1902.

Libro matriz de Grado de Doctor

UNIVERSIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA

GRADO DE DOCTOR

CURSO DE 1902 A 1903 F.º 7 Núm. 21

Ilmo. Sr. Rector de esta Universidad:

D. *Enrique Fernández Sanz* natural de *Madrid* provincia de *Val.* de *21* años de edad;
A V. S. I. hace presente: Que teniendo aprobadas todas las asignaturas que prescriben las disposiciones vigentes para aspirar al GRADO DE DOCTOR, según consta en su expediente.
Ruega á V. S. I. se digne admitirle á los ejercicios de dicho Grado.
Gracia que espera merecer de V. S. I., cuya vida guarde Dios muchos años.
Madrid *21* de *Noviembre* de 1902

Firma del aspirante,
Enrique Fernández Sanz

Del expediente académico de este interesado, cuyo extracto vá unido, resulta que puede admitirse á los ejercicios que solicita.— Madrid *22* de *Noviembre* de 1902.

El Secretario general,
Galán

El Jefe del Negociado,
Emilio García

Admitase á D. *Enrique Fernández y Sanz* á los ejercicios del GRADO DE DOCTOR que solicita, y pase este expediente al Sr. Decano de la Facultad á los efectos prevenidos en las disposiciones vigentes.— Madrid *22* de *Noviembre* de 1902.

El Rector,
R. Landa

SECRETARÍA GENERAL
RECTORADO

GRADO DE DOCTOR EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Según acta que se une al expediente del interesado, verificó el último ejercicio de este grado el día 1.º de Marzo de 1904 con la calificación de Abundante

El Jefe del Negociado,

Lara

Habiéndose satisfecho los derechos de Reglamento, por valor de mil ochenta pesetas en papel de pagos al Estado, el Sr. RECTOR ha solicitado con esta fecha de la Subsecretaría del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes, se sirva expedir al interesado el correspondiente TÍTULO.

Madrid 7 de Noviembre de 1901

El Jefe del Negociado,

Lara

INVESTIDURA: Dispensado de recibirla por Decreto de la Subsecretaria fecha de 23 de Noviembre de 1911.

El Jefe del Negociado,

Lara

Recibido de la Subsecretaría el TÍTULO á que se refiere esta Inscripción el día 24 de Marzo de 1902 firmado por el Sr. D. Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes

con fecha de 16 de Marzo de 1902

El Jefe del Negociado,

Lara

Lleva el núm. 13 del Registro de la Subsecretaría y el núm. 21 del de esta Universidad.

ENTREGA DEL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA.

Vol. 1.º n.º 28413. Madrid 6 Abril 1912

Madrid 18 de Octubre de 1902

El interesado,

E. Fernández Sanz

El Jefe del Negociado,

Anexo 9. Expediente académico de la Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Enrique Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211, 15

Fernandez Mendez D. *Enrique*
 hijo de D. _____ y de P.^a _____ que nació el día _____
 de _____, en *Madrid*, provincia de *Madrid*
 BACHILLER por el Instituto General y Técnico de *P. C. Encinas* en *17* de *junio* de *1916*
 con nota de *sobresaliente* en el primer ejercicio y de *sobresaliente* en el segundo.
 Título expedido por el Rectorado de *Madrid* en *29* de *agosto* de *1917*.
 ALEMAN examinado en *Inst. P. C. Encinas* con la nota de *sobresaliente* y *honorable* en el curso de _____ a _____
 ANTECEDENTES NO OFICIALES Nombre y domicilio habitual del padre, madre, tutor ó encargado del alumno
 D. _____ que reside en _____ en la calle ó plaza _____
 de _____ núm. _____ provincia de _____
 Domicilio accidental del alumno *Felipe IV, 5.*
 OBSERVACIONES _____

FIRMA DEL ALUMNO

PERIODO DE LA LICENCIATURA

Asin. - Preciados, 23.- Madrid.

ASIGNATURAS	CURSO	UNIVERSIDAD DONDE		NOTAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		SE MATRICULÓ	SE EXAMINÓ	ORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS	
Física general.....	<i>1916-17</i>	<i>Madrid</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	
Química general.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>"</i>	
Geología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	
Biología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	<i>M. H.</i>
Anatomía.—Primer curso.....	<i>1917-18</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	
Histología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	
Técnica anatómica.—1.º curso...	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>"</i>	
Anatomía.—2.º curso.....	<i>1918-19</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	
Técnica anatómica.—2.º curso...	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>"</i>	
Fisiología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	<i>De H.?</i>
Patología general.....	<i>1919-20</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	<i>De H.?</i>
Terapéutica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	<i>De H.?</i>
Anatomía patológica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>De H.?</i>
Patología quirúrgica.—1.º curso...	<i>1920-21</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>Aprobado</i>	<i>M. H.</i>
Patología médica.—1.º curso...	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>"</i>	
Obstetricia.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	
Anatomía topográfica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>"</i>	
Oftalmología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	
Patología quirúrgica.—2.º curso...	<i>1921-22</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente y M. H.</i>	<i>"</i>	<i>M. H.</i>
Patología médica.—2.º curso...	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	
Ginecología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>"</i>	
Pediatría.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>"</i>	
Oto-rino-laringología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>De H.?</i>
Patología quirúrgica.—3.º curso...	<i>1922-23</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>"</i>	
Patología médica.—3.º curso...	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Suspense</i>	<i>"</i>	
Higiene.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	
Medicina legal.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	
Dermatología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>"</i>	

ASIGNATURAS	CURSO	UNIVERSIDAD DONDE		NOTAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		SE MATRICULÓ	SE EXAMINÓ	ORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS	
Oto-rino-laringología	1922-23	Madrid		Notable	"	
Medicina 3ª	1923-24	id		Aprobado	"	
Higiene	id	id		Aprobado	"	
Medicina legal	id	id		Aprobado	"	

GRADO DE LICENCIADO Verificó los ejercicios del grado de Licenciado en la Facultad de Medicina en la Universidad de Madrid el día 10 de Mayo de 1924, y obtuvo la calificación de [calificación]

TÍTULO DE LICENCIADO expedido por la superioridad en 16 de agosto de 1924.

Entrega del Título de Licenciado: al interesado en 27 febrero 1925

PERIODO DEL DOCTORADO

ASIGNATURAS	CURSO	UNIVERSIDAD	NOTAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
			ORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS	
Historia crítica de la Medicina	1923-24	Madrid	Sobresaliente	"	1º Premio
Análisis químico	1924-25	id	Aprobado	"	
Química biológica con su análisis					
Antropología					
Psicología experimental					
Parasitología	1925-26	Madrid	"	"	1º Premio
Hidrología médica	1926-27	id	Notable	"	
Electrología médica					
Urología					
ASIGNATURAS REPETIDAS					

GRADO DE DOCTOR Verificó el ejercicio del grado de Doctor el día de de, y obtuvo la calificación de

Anexo 10. Expediente académico de la Licenciatura de Medicina y Cirugía (Universidad Central de Madrid) de Ángel Fernández Méndez. Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. Legajo: M-211, 9

Ángel Fernández Méndez D. *Ángel*
 hijo de D. _____ y de D.ª _____ que nació el día _____
 de _____ en *Madrid*, provincia de *Madrid*
 BACHILLER por el Instituto General y Técnico de *San Carlos* el *10* de *Mayo* de 191*7*
 con nota de _____ en el primer ejercicio y de _____ en el segundo.
 Título expedido por el Rectorado de *Madrid* en *19* de *Julio* de 191*9*.
 ALEMAN examinado en *San Carlos* con la nota de *10* en el curso de 191*9* a 192*0*.
 ANTECEDENTES NO OFICIALES Nombre y domicilio habitual del padre, madre, tutor ó encargado del alumno
 D. _____ que reside en _____ en la calle ó plaza
 de _____ núm. _____ provincia de _____
 Domicilio accidental del alumno *Felipe IV nº 5*
 OBSERVACIONES *Consta revacuado.*

PERIODO DE LA LICENCIATURA

Asin. - Preciados, 23. - Madrid.

ASIGNATURAS	CURSO	UNIVERSIDAD DONDE		NOTAS EN LOS EXÁMENES		OBSERVACIONES
		SE MATRICULÓ	SE EXAMINÓ	ORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS	
Física general.....	1919-20	<i>Madrid</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>		
Química general.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	<i>de Honor</i>
Geología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Biología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Anatomía.—Primer curso.....	1920-21	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Histología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Técnica anatómica.—1.º curso.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Anatomía.—2.º curso.....	1921-22	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Técnica anatómica.—2.º curso.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Fisiología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	
Patología general.....	1922-23	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Terapéutica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Anatomía patológica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Patología quirúrgica.—1.º curso.....	1923-24	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>16-75</i>	<i>de Honor</i>
Patología médica.—1.º curso.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Obstetricia.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Suspensa</i>	<i>Aprobado</i>	
Anatomía topográfica.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	<i>de Honor</i>
Oftalmología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Patología quirúrgica.—2.º curso.....	1924-25	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Patología médica.—2.º curso.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	
Ginecología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>M.H.</i>	<i>M.H.</i>
Pediatría.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>16-75</i>	
Oto-rino-laringología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Patología quirúrgica.—3.º curso.....	1925-26	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Sobresaliente</i>	<i>16-75</i>	
Patología médica.—3.º curso.....	1926-27	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Notable</i>	<i>16-75</i>	
Higiene.....	1927-28	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>16-75</i>	
Medicina legal.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>16-75</i>	
Dermatología.....	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>id</i>	<i>Aprobado</i>	<i>16-75</i>	

[illegible]

Anexo 11. Certificación literal del acta de nacimiento de José Salas y Vaca. Sección 1ª del Registro Civil de Montilla (Córdoba). Tomo 13, p. 53.

Fólio 53.

ACTA DE NACIMIENTO.

Número 53.

Don Agustín, Pequito de los Dolores, Salas y Vaca.

En la Ciudad de Montilla á las diez de la tarde del día veinte y dos de Noviembre de mil ochocientos setenta y ocho, ante D. Francisco Gallego y Blanco Juez Municipal, y D. Juan Pizarro y Sánchez Secretario, compareció Don Juan Castañeda y Gubella natural de esta término municipal de la misma provincia de Córdoba, mayor de edad, casado, empadronado, domiciliado en esta población, Calle San Juan de Dios, número cuatro, presentando, con objeto de que se inscriba en el Registro civil, un niño, y al efecto, como aviso del padre del mismo, declaró:

Que dicho niño nació el día veinte del mes de febrero á las ocho de la noche en la Casa donde vive su padre, Calle San Fernando, número tres.

Que es hijo legítimo de Don Agustín Salas y García natural de esta término municipal de la misma provincia de Córdoba su ocupación hacendado y domiciliado en donde queda expresado.

y de Doña María de la Concepción Vaca y Perea natural de esta término municipal de la misma provincia de Córdoba su ocupación la de su madre y clero y domiciliada en el de su marido.

Que es nieto por línea paterna de Don Juan María de Salas Perea natural de esta término municipal de la misma provincia de Córdoba, difunto, mayor de edad, de estado de ejercicio, domiciliado en esta.

y de Doña María de la Concepción García y Villalba natural de esta término municipal de la misma provincia de Córdoba mayor de edad, de estado viuda de ejercicio la ocupación de su madre, domiciliada en el de su hijo.

y por la línea materna de Don Juan Perea y Ferrnandez natural de Montilla término

municipal de ella provincia de murcia
nombre mayor de edad de estado defunto de ejercicio
domiciliado en _____

y de Dña. Guisela Perea y Lopez
natural de Villavieja término municipal de ella
provincia de Alicante mayor de
edad de estado de ejercicio
y domiciliada en _____

Y que a expresado niño se le han puesto
el nombre de José, Segundín, Benito de los Dolores

Todo lo cual presenciaron como testigos Dña. Francisca Govea
vas natural de ella
provincia de Castellón mayor de edad, de estado casado
de ejercicio casado domiciliado en
esta población Calle de la Cruz número 10
y Francisco Govea
natural de ella provincia de
Castellón mayor de edad, de estado soltero de ejercicio
albará domiciliado en
esta población Calle Puerta de la Cruz número 10

Leída íntegramente esta acta, é invitadas las personas que deben sus-
cribirla á que la leyeran por sí mismas, si así lo creían conveniente, se estam-
pó en ella el sello del Juzgado municipal, y la firmaron el Sr. Juez y los testigos, y
el declarante

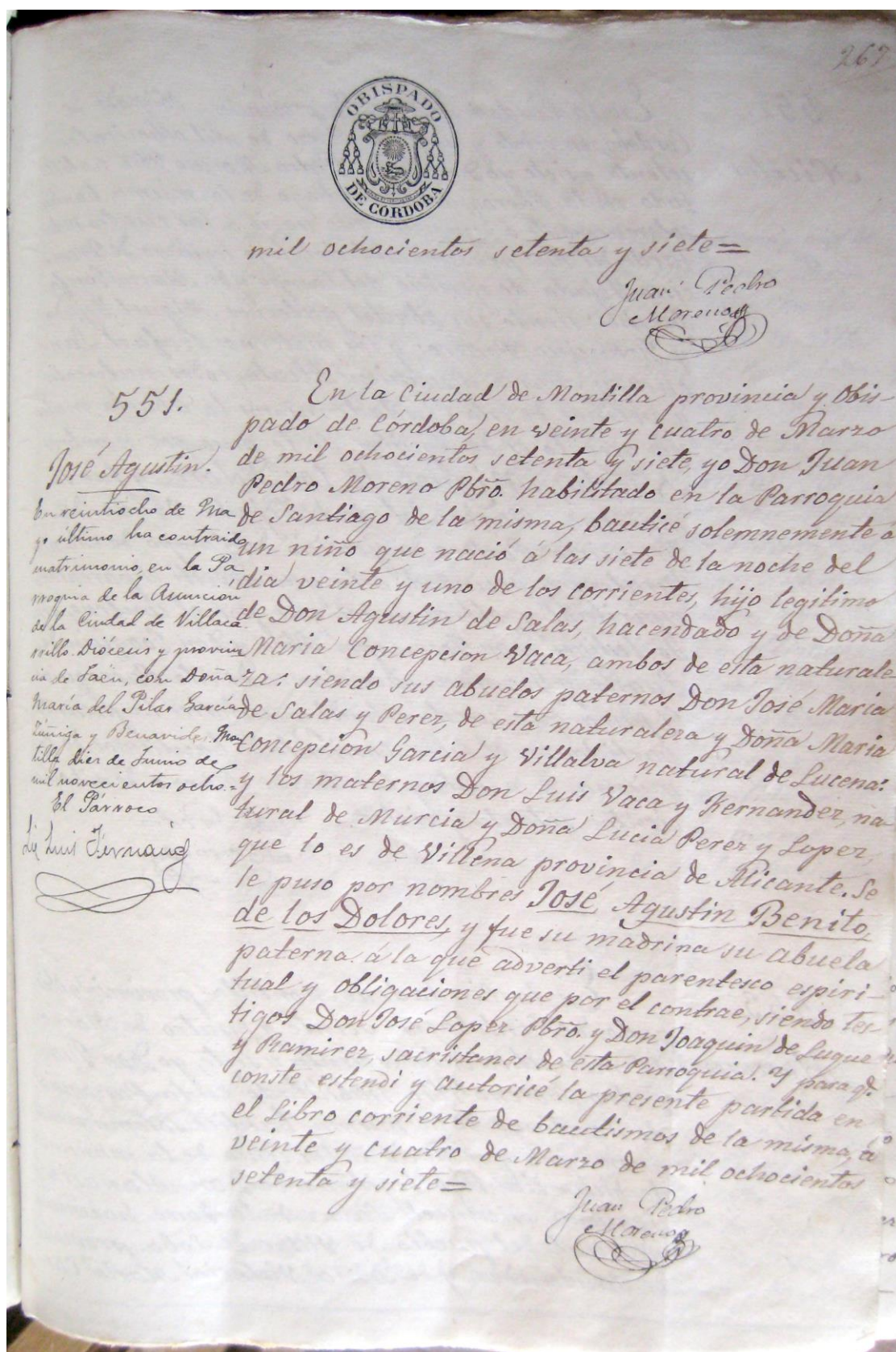
y de todo ello como Secretario certifico.

Juan Govea José Castellón
Juan Comada José Comada
Juan Comada

REGISTROS CIVILES
MINISTERIO DE JUSTICIA
ESPAÑA

606

Anexo 12. Acta de bautismo de José Salas y Vaca. Archivo Parroquial de Santiago de Montilla (Córdoba). Libro de bautismos 99, folio 267, número 551



Anexo 13. Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, otorgada a José Salas y Vaca a 25 de noviembre de 1921. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca



Anexo 14. Nombramiento de Hijo predilecto de Montilla a José Salas y Vaca. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca



Anexo 15. Ficha de colegiado de José Salas y Vaca. Archivo del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba

Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Córdoba	
RETRATO DEL COLEGIADO	PERSONAL N° 430
	<p><i>Salas Vaca</i> } Don. <i>José</i></p> <p>natural de _____ provincia de _____</p> <p>nació el _____ de _____ de _____</p> <p>reside en <i>Córdoba</i>, calle _____ núm. _____</p> <p>distrito de <i>la izquierda</i></p> <p>Fecha del Título de Licenciado _____ de _____ de _____</p> <p>Fecha del Título de Doctor <i>4</i> de <i>Marzo</i> de <i>1903</i></p> <p>Universidad donde terminó los estudios <i>Madrid</i></p> <p>Fecha de colegiación <i>11</i> de <i>Febrero</i> de <i>1930</i></p> <p>Años que lleva de ejercicio profesional <i>30</i></p> <p>Colegio de donde procede <i>Madrid</i></p>
Firma del Colegiado	<p>CARGOS QUE DESEMPEÑA</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>PUEBLOS DONDE EJERCIÓ LA PROFESIÓN</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p> <p>_____ desde el _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____</p>	

OBSERVACIONES	
Fecha de la baja	27 de Noviembre de 1933
Motivo de la misma	Defunción

Anexo 16. Homenaje a José Salas y Vaca como Gobernador Civil de Cádiz. *España y América* (agosto de 1926), número 168, p. 5

ESPAÑA Y AMÉRICA

HOMENAJE DEL CUERPO CONSULAR DE CÁDIZ AL EXCMO. SR. GOBERNADOR CIVIL DE LA PROVINCIA



El Cuerpo Consular acreditado en Cádiz, en su deseo de patentizar de una manera especial el afecto, la simpatía y la gratitud que guarda para el Excmo. Sr. Gobernador Civil de Cádiz, D. José Salas Vaca, por las numerosas y exquisitas atenciones de él recibidas, le ofreció un banquete, que tuvo lugar en el Círculo Mercantil e Industrial, cedido amablemente a tal fin, por la Junta directiva del mismo, y que se celebró con verdadera grandiosidad en la noche del 17 del próximo pasado mes.

El acto tuvo lugar en el salón principal de dicho Centro, el cual lucía elegante exorno de plantas exóticas, y en ambos testeros, enlazadas, de muy artística forma, se veían las banderas de distintas naciones europeas y americanas, destacando en el testero de la derecha la bandera española, que ostentaba en el centro el emblema del Círculo Mercantil. Era autor del exorno el reputado artista don Antonio Accame.

La mesa, adornada con exquisito gusto, lucía precioso «chemin de fleurs», en el que había intercalados numerosos jarroncitos de Talavera y un centro de flores finas.

Tomaron asiento los señores siguientes: Presidencia del señor Gobernador, que tenía a sus lados a los señores don Edmundo van der Biest y a D. Enrique Mac-Pherson, Cónsules de Venezuela y Holanda, respectivamente. Seguían los Sres. D. Carlos M. de Vallejo, Cónsul del Uruguay; don José Sáiz, de la Argentina; D. Emilio León, de Santo Domingo; D. Ernani Aznar, en representación del de México; Sr. Barón de Knobloch, de Alemania; D. Fernan-

do Romero, de Honduras y D. José Santos Cáceres, del Perú.

Presidencia del Sr. Alcalde, que tenía a sus lados a los Sres. D. Aurelio Prieto, Cónsul de Nicaragua; D. José M. Gil de Pablos, de Cuba; siguiendo Mr. H. Sanderson, de Inglaterra; Mr. Cordt Bay, de Suecia y Dinamarca; D. Joaquín Moreno, Vice-Cónsul de Honduras; D. Emilio Huarf, de Francia y de Finlandia; don Mariano Nicolau, Vice-Cónsul del Uruguay; y nuestro director D. Eduardo de Ory, Cónsul de Costa Rica. Asistieron, también, representantes del *Diario de Cádiz* y *El Noticiero Gaditano*.

Se adhirieron al acto, no pudiendo asistir por causas ineludibles, otros Sres. Cónsules acreditados en la plaza.

El servicio fué esmeradísimo, y al descorcharse el champagne, ofreció el agasajo el Sr. Cónsul de Venezuela, inspirado poeta, Sr. van der Biest, al que contestó muy elocuentemente el Dr. Salas Vaca, continuando en el uso de la palabra el Sr. Alcalde de Cádiz, que agradeció,

en nombre de la ciudad, la invitación que se le hizo para asistir a tan simpático acto.

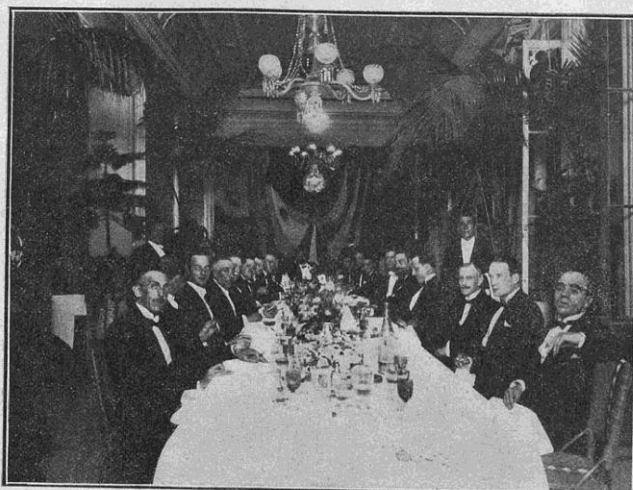
Mucho sentimos que la falta de espacio nos impida publicar dichos brillantes discursos, muy especialmente el del Sr. Gobernador, interrumpido varias veces con nutridos aplausos.

El Dr. Salas Vaca fué muy felicitado; enviándose las flores a su distinguida señora. La banda del Hospicio, cedida por el señor

Conde de Villamar, interpretó escogido concierto. El acto resultó brillantísimo.



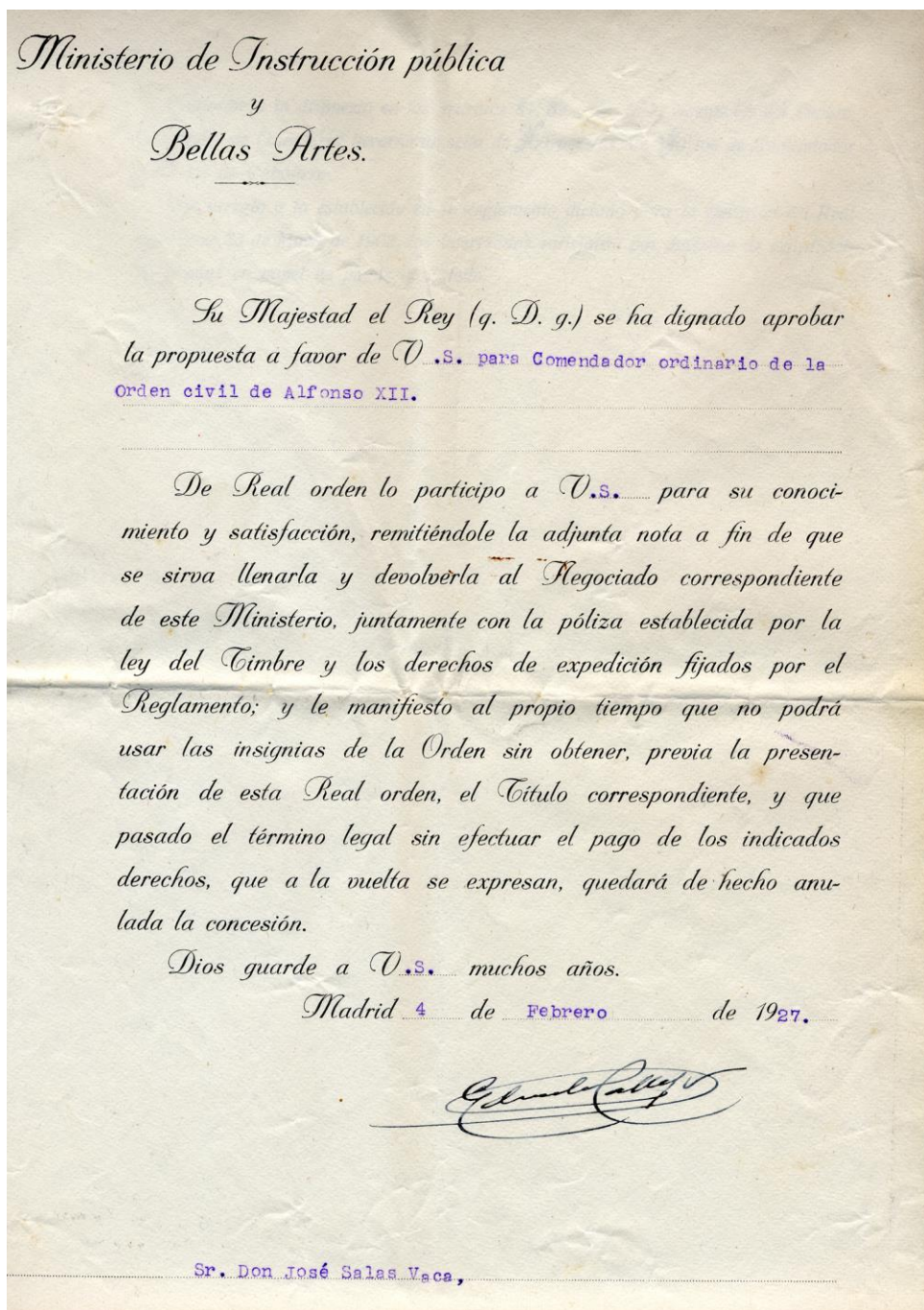
Excmo. Sr. Dr. D. José Salas Vaca, Gobernador Civil de la Provincia de Cádiz



Concurrentes al banquete ofrecido al Sr. Gobernador Civil

Anexo 17. Nombramiento a José Salas y Vaca como Comendador Ordinario de la Orden Civil de Alfonso

XII. Fondo personal de la familia de José Salas y Vaca



Anexo 18: Comparación del número de ingresos anuales en el Manicomio de Leganés (1900-1931) según las fuentes de datos, INE o Historias clínicas

Año	Historias clínicas	INE
1915	35	32
1916	55	57
1917	44	
1918	28	48
1919	37	47
1920	36	35
1921	28	28
1922	24	24
1923	30	36
1924	31	32
1925	26	31
1926	40	47
1927	52	65
1928	60	76
1929	41	61
1930	37	40

